



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

2017/2018

TALLER PARA ESTUDIANTES DE GRADO DE ENFERMERIA: REDUCIENDO EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL

TRABAJO FIN DE GRADO

DIRECTORA: UXUA LAZKANOTEGUI MATXIARENA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD-UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
GRADO EN ENFERMERÍA.

AUTORA: VERÓNICA PÉREZ OCÁRIZ

CURSO ACADÉMICO 2017-2018 / CONVOCATORIA ORDINARIA JUNIO 2018

RESUMEN:

La atención sanitaria hacia las personas que sufren una enfermedad mental, ha estado en constante cambio en función del momento histórico y del constructo social. A pesar de una evolución positiva, las ideas erróneas y prejuicios hacia la enfermedad mental siguen perpetuándose y se han convertido en el amparo de la población como método de discriminación, teniendo estos que soportar el peso del estigma y sus consecuencias.

Estas concepciones obsoletas también son observables tanto en los profesionales sanitarios como en los estudiantes de enfermería, viéndose afectada la relación terapéutica y por ende mermándose la calidad de los cuidados prestados. El inicio de las prácticas en las unidades de salud mental puede generar emociones negativas, derivadas de preconcepciones encapsuladas, siendo su principal fuente el desconocimiento.

Tras una revisión de la evidencia científica, se plantea un Plan de Educación para la Salud, con el objetivo de reducir el estigma en los estudiantes de enfermería antes del inicio de las prácticas clínicas en las unidades de salud mental.

Con este taller, se prevé que las actitudes negativas de los estudiantes hacia la enfermedad mental disminuyan, para que puedan aprovechar al máximo la rotación y establezcan una relación terapéutica basada en los principios del Modelo de Recuperación.

Palabras clave: Estigma, salud mental, estudiantes enfermería, profesionales sanitarios, actitudes.

ABSTRACT

Health care for people suffering from mental illness has been constantly changing depending on the historical moment and the social construct. Despite a positive evolution, the misconceptions and prejudices towards mental illness continue to be perpetuated and have become the protection of the population as a method of discrimination, having these to bear the weight of stigma and its consequently.

These obsolete conceptions are also observable both in health professionals and in nursing students, the therapeutic relationship being affected and therefore reducing the quality of the care provided. The beginning of the practices in mental health units can generate negative emotions, derived from encapsulated preconceptions being their source the ignorance.

After a review of the scientific evidence, a Health Education Plan is proposed through with the aim of reducing stigma in nursing students before the start of clinical practices in mental health units.

With this workshop it is foreseen that the negative attitudes of the students towards the mental illness will decrease so that they can make the most of the rotation and establish a therapeutic relationship based on the principles of the Recovery Model.

Key words: Sigma, mental health, nursing students, health professionals, attitudes.

Nº de palabras: 14.751

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN-----	Pag 1-3
2. OBJETIVOS -----	Pag 4
3. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA-----	Pag 4-15
4. MARCO CONCEPTUAL-----	Pag 15-18
5. CONTEXTUALIZACIÓN-----	Pag 19-22
6. RESULTADOS -----	Pag 22-25
7. DISCUSIÓN-----	Pag 26-28
8. CONCLUSIONES-----	Pag 28-29
9. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN-----	Pag 30-57

1. INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Con respecto al término de Salud Mental (SM), se destaca su intrínseco significado positivo. No obstante, existen determinantes que lo tornan negativo y lo anexan al de Enfermedad Mental (EM), como el modelo asistencial imperante, basado en el control de los síntomas y los prejuicios anclados desde épocas anteriores. Con esto, ambos términos soportan una gran carga estigmatizante, haciendo que la sociedad presente dudas y temores infundados ².

El estigma hacia la enfermedad mental (EM), es una realidad en nuestros días y como cita Funk et al³ “las personas con problemas de salud mental generalmente son excluidas de participar plenamente en la sociedad y no están empoderadas para cambiar aquello que les oprime”.

Como consecuencia del proceso de estigmatización se suceden problemas importantes: la dificultad en el acceso a los servicios comunitarios, la atención y la integración de las personas afectadas ⁴.

A este respecto el informe sobre la salud mental en el mundo (OMS 2001)³ dicta que:

“La salud mental, a la que durante demasiado tiempo no se le ha prestado la atención que merece, es fundamental para el bienestar general de las personas, de las sociedades y de los países y es preciso abordarla en todo el mundo desde una nueva perspectiva”.

El enfocar la salud mental desde esta nueva perspectiva, implica vencer el factor limitante del estigma para el abordaje de la enfermedad, ya que reduce a la persona que la padece a una única pertenencia identitaria, la de “enfermo mental, peligroso, al cual hay que evitar” caracterizándole como apunta Goffman³ por su “atributo profundamente desacreditador”.

Pero en la práctica clínica ¿es posible este cambio?, ¿los profesionales de la salud también subyacen al equivoco del estigma?, ¿se convierten estos en perpetuadores? o, por el contrario, ¿se posicionan como agentes anti-estigma?

Tras una revisión de las diferentes investigaciones sobre el tema objeto de estudio, se destaca que las actitudes negativas hacia las personas con EM, también están presentes en los profesionales de la salud. No obstante, se hace más llamativo su presencia en los propios especialistas⁵.

En el año 2017, se publicó un estudio realizado por el Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE), sobre el grado de estigma que presentaba enfermería hacia la EM según trabajasen o no en el área de SM. El resultado fue: "la discriminación hacia las personas con EM sigue estando vigente hoy en día, al haberse obtenido una media de estigma de 118 puntos de los 243 posibles"⁶.

Pero también se han estudiado los prejuicios de los/as estudiantes de enfermería hacia los trastornos mentales, concluyendo todos que: "Los alumnos de enfermería tienen un gran desconocimiento del problema real y una imagen negativa de las personas con enfermedad mental"⁷.

Un estudio realizado por González et al⁸, presentado en el XXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, sobre el nivel de estigma de la esquizofrenia en los estudiantes de enfermería en la Universidad San Joan de Déu apunta como datos relevantes los siguientes:

- El 82,3% afirma conocer el significado de la esquizofrenia, pero por el contrario el 39,1% piensa que es un problema de doble personalidad.
- El 43,3% piensa que son incapaces de tomar decisiones sobre su propia vida
- El 78,8% valora que son aptos para trabajar, pero el 60,1% dice que si serían empresarios les negaría un contrato.
- El 68,5% aceptan que pueden formar una familia, pero el 64,4% no mantendría una relación sentimental con una persona con esquizofrenia.

En la actualidad, la atención a las personas con EM está sufriendo un importante cambio, imperando el Modelo de Recuperación. Sus principios fundamentales se alejan del rol paciente-experto y proponen una figura de acompañamiento en el que el profesional sirva de guía para el paciente. Este último toma las riendas de su proceso de recuperación y permite la construcción de su propia vida, con independencia de la evolución de los síntomas.

Pero los resultados de este modelo no serán óptimos y carecerán de eficacia si los profesionales sanitarios y en concreto enfermería no cambian su mentalidad. Enfermería es el responsable del cuidado principal y no tiene que entender la recuperación en términos de “curación clínica” sino en la “recuperación de su vida sin necesariamente recuperarse de su enfermedad”⁹.

Durante el desarrollo de este documento se constata, que la adecuada formación en SM es un hecho necesario y conveniente para el alumnado de enfermería, ya que las actitudes que estos tienen hacia la EM, son el resultado de la formación adquirida y tiene una repercusión en la futura actuación profesional y en el establecimiento de una adecuada relación con el paciente ¹⁰.

En base a esta última premisa, se decide elaborar esta propuesta de intervención, la cual será desarrollada en la segunda parte del presente documento. Asimismo, previo a este fin se exponen una sucesión de apartados necesarios para la contextualización y adecuado abordaje del tema propuesto.

2. OBJETIVOS:

Objetivo principal:

Recopilar información sobre la modificación de la actitud del alumnado de enfermería ante las personas con Enfermedad Mental.

Objetivos secundarios:

1. Analizar y reflexionar sobre el grado de estigmatización que presenta el alumnado de enfermería.
2. Elaborar una propuesta de intervención dirigida a la modificación de la percepción y actitud que presenta el alumnado de enfermería ante la Enfermedad Mental.

3. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA:

A lo largo de este apartado se pretende exponer de manera general y breve, el marco teórico en la investigación sobre el estigma en salud mental. Es pues que se va abordar el concepto de estigma y su definición, sus categorías y dimensiones, el proceso de estigmatización, así como las principales fuentes estigmatizadoras. Para finalizar se expondrá un apartado que recogerá los aspectos más relevantes del estigma hacia las personas con EM por los profesionales sanitarios y más concretamente por enfermería.

3.1 Definición:

“En la Edad Media, el término estigma significaba difamación y acusación pública de un criminal, que en ocasiones implicaba marcarlo con un hierro candente”. Actualmente, este término se emplea en el ámbito de la salud para indicar que ciertos diagnósticos despiertan prejuicios contra las personas, como el SIDA, o la enfermedad mental” ¹¹.

Aunque se han propuesto diferentes definiciones para contextualizar el concepto del estigma, se destaca que en la mayoría de los textos se presenta la propuesta por el sociólogo estadounidense, Erving Goffman², el cual en 1963 en su libro “Estigma: la identidad deteriorada”, lo definió como: “un atributo desacreditador y desvalorizador, resultado de un estereotipo negativo hacia quien lo posee”.

Además, afirmaba que: “la marginación del enfermo mental tiene su origen en el reconocimiento público de la enfermedad mental, conllevando la despersonalización del enfermo y justificándose así su exclusión de la vida social y su incapacidad como persona”.

Al hilo de lo que apuntaba Goffman, Jones et al¹ en 1984 propusieron además que “el estigma puede considerarse como una marca que vincula a la persona con características indeseables; estereotipos”.

Por su parte Crocker¹, analizó este término y en 1998 apuntó que: “la estigmatización se produce cuando una persona, posee un atributo que trasmite una identidad social y que se devalúa a consecuencia de un contexto social concreto. Por tanto, el estigma no está vinculado a la persona si no al contexto en donde reside”.

3.2 Dimensiones del estigma:

Olatti, Bodehausen y Newman, (2005)¹¹, identificaron distintos componentes del estigma, que se manifiestan en tres niveles del comportamiento social: los estereotipos, prejuicios y la discriminación.

- La **faceta cognitiva**: dentro de este componente encontramos los *estereotipos*, que incluyen estructuras de conocimiento que son aprendidas por la mayor parte de los miembros de la sociedad. Representan el acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas, es decir, las creencias sobre ese grupo (miedo, desconfianza).
- La **faceta emocional**: dentro de este componente estarían los *prejuicios*. Hace referencia a la puesta en marcha de las reacciones emocionales negativas, que se ponen de manifiesto en forma de actitudes y valoraciones.

- La **faceta conductual**: dentro de este componente encontramos la *discriminación*. Es el resultado de los prejuicios y son aquellos comportamientos de rechazo, que ponen a las personas con EM en situación de desventaja social.

Cuadro 1: Manifestaciones del estigma



Fuente: elaboración propia; basado en Muñoz et al

En cuanto a la EM, las investigaciones han demostrado que existen actitudes estigmatizantes y conductas discriminatorias entre la población general. Entre las ideas más estereotipadas, se encuentra la peligrosidad y la tendencia a realizar actos violentos, así como su responsabilidad por la propia enfermedad o por no llevar a cabo el tratamiento. Todas estas ideas, crean emociones como el miedo o la ira hacia el colectivo estigmatizado, haciendo a su vez que esas acciones puedan llevar a la discriminación de las personas con EM, comportando consecuencias como: la dificultad a la hora de encontrar trabajo, limitaciones para mantener una relación social y de pareja, disminución del acceso al sistema judicial y sanitario, aislamiento de la sociedad y menor adherencia al tratamiento ¹.

Este proceso de estigmatización conlleva un importante problema y pone a las personas con EM ante situaciones de exclusión que, no solo dificultan su integración y la de sus familiares, sino que se asocian a otros riesgos psicológicos como: comportamientos auto-excluyentes, problemas cognitivos o conductas autopunitivas.

En resumen, “los estereotipos, prejuicios y la discriminación asociada a la EM, privan a quienes la padecen de oportunidades que pueden resultar esenciales para lograr sus objetivos vitales” ¹¹.

3.3 Categorías de estigma:

Es sabido, que las personas con EM, han ido arrastrando el lastre del estigma desde el inicio de la civilización. Las preconcepciones del momento histórico han hecho que continuamente se cuestione su condición de enfermedad. Este hecho es el responsable de que en la actualidad la población general los mire con miedo, desconfianza e incompreensión.

Hoy en día las personas con EM tienen que enfrentarse a un doble problema. Citando a Muñoz, M et al¹²:

“Las personas con EM crónica sufren, además de las discapacidades y dificultades de la integración derivadas directamente de la enfermedad, las consecuencias del prejuicio social que existe hacia las enfermedades mentales y quienes la padecen”.

Corrigan y Watson¹² proponen dos categorías del estigma:

- El estigma social o público: es el fenómeno en el cual los grupos sociales se basan en ciertos estereotipos y actúan en contra de los grupos estigmatizados, siendo en este caso las personas con EM ².

La sociedad etiqueta a las personas por sus distintos atributivos, no obstante, existen ciertas cualidades que importan socialmente más que otras. Esta selectividad crea una separación entre lo aceptado socialmente y lo etiquetado, originando el distanciamiento entre “ellos” y “nosotros”¹.

- El autoestigma: entendido como la disminución de la autoestima y la confianza en uno mismo que provoca un aislamiento social, dificultad para buscar ayuda y mala adherencia al tratamiento. Las personas con EM, asimilan las actitudes negativas de la sociedad contra ellos mismos y se sienten culpables y menospreciados¹⁻⁴. Link¹¹ (1987) dicto que:

“Vivir continuamente en una sociedad que ampliamente asigna ideas estigmatizadoras sobre las personas con EM, puede llevar a estos, a internalizar esas ideas y hacerles creer que son menos valiosos a causa de su trastorno psiquiátrico, lo que tal vez sea uno de los efectos más nocivos del estigma”.

Cuadro 2: Comparación entre los componentes del estigma público y autoestigma ¹:

ESTIGMA PÚBLICO	AUTOESTIGMA
Estereotipo: idea o pensamiento negativo hacia un grupo. (peligrosidad, incompetencia)	Estereotipo: la persona con EM asume y acepta el estereotipo negativo (soy incompetente, soy peligroso)
Prejuicio: afirmación de la idea o pensamiento, creando una reacción emocional negativa (sentir miedo, ira, temor)	Prejuicio: se genera la aparición de emociones y valoraciones tintadas de auto-prejuicios (soy débil e incapaz de cuidar a mí mismo), las cuales llevan a reacciones emocionales negativas (baja autoestima).
Discriminación: comportamiento como consecuencia del prejuicio (evitación, dificultades para el trabajo, aislamiento social)	Discriminación: condiciona el comportamiento y lleva a la persona a cesar en sus intentos de llevar una vida independiente, al aislamiento social y a la marginalización, perpetuándose el ciclo del estigma.

Fuente: Urkia Ion (Estigma y prejuicio de la SM en estudiantes de enfermería)

Existen otros tipos de estigma como el **estigma anticipado**, en el cual la persona con EM se anticipa al rechazo debido a que ya ha asimilado el estereotipo, el **estigma experimentado** que hace referencia a las experiencias estigmatizadoras vividas de rechazo o discriminación y el **estigma por asociación** que afecta fundamentalmente a las familias, aunque también a todos aquellos que se relacionan con ellos, como los profesionales sanitarios ¹¹.

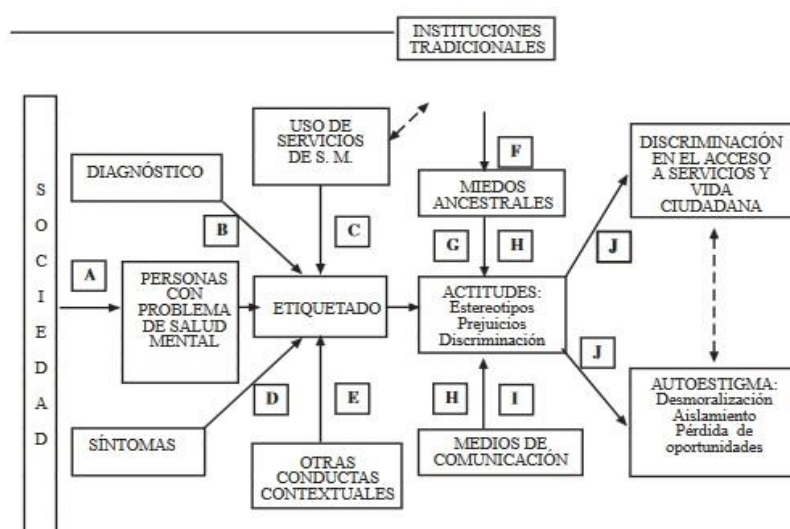
3.4 El proceso de estigmatización:

La asociación de este complejo de actitudes a personas y grupos concretos, se da a través del denominado proceso de estigmatización. Link y Phelan¹³, afirman que en el proceso de estigmatización se involucran y relacionan 5 procesos psicosociales:

1. El **etiquetado**: se identifica una determinada diferencia o marca que afecta a un grupo de personas.
2. **Asignación** de estereotipos: se asocia a la persona etiquetada con características desagradables.
3. La **separación**: se les considera como un grupo diferente y aparte: “ellos” frente a “nosotros”.
4. **Perdida de estatus**
5. **Discriminación**: estas dos últimas afectan consecuentemente a la persona estigmatizada, dando lugar a consecuencias desfavorables en las distintas áreas.

Hay que destacar que la sucesión de este proceso viene determinada por la asimetría de poder, sin la cual el proceso de estigmatización no funcionaría o al menos no con la misma intensidad ni con las mismas consecuencias para las personas afectadas ¹³.

Cuadro 3: Etapas del proceso de estigmatización y posibilidades de intervención



Fuente: López Marcelino et al
(La lucha contra el estigma y
la discriminación en SM)

TIPOS DE INTERVENCIONES

- | | |
|---|---|
| A. Disminución de las asimetrías de poder. | G. Educación de distintos sectores de la población. |
| B. Uso razonable de los diagnósticos. | H. Contacto e interacción social. |
| C. Atención integrada en sistemas generales. | I. Trabajo con los medios de comunicación. |
| D. Atención sanitaria efectiva. | J. Medidas legales. |
| E. Sistemas de apoyo social y tratamiento asertivo. | K. Apoyo personal y familiar. |
| F. Desaparición de los Hospitales Psiquiátricos. | |

3.5 Fuentes de estigmatización:

Las actitudes estigmatizadoras pueden proceder de diversas fuentes. No obstante, la mayoría de los pacientes coinciden en afirmar que la principal fuente de discriminación viene de la población en general, aunque no es la única.

1. **La comunidad:** La desinstitutionalización psiquiátrica supuso que las personas con EM, pasaran a vivir en la comunidad, lo cual influyo de manera negativa en la población que carecía de conocimientos, generando rechazo y produciendo aislamiento social. Aunque el CIE-10 y el DSM-IV, establecen más de 350 diagnósticos, la estigmatización se da de forma más frecuente y grave en aquellos trastornos que producen síntomas perturbadores e incapacitantes. El estudio realizado en Australia en 2001 a una muestra de 6 mil personas constato que: “la percepción de peligrosidad y distancia social eran más altos para la esquizofrenia mientras que la fobia social no era considerada como un problema médico real” ¹⁴.
2. **Los medios de comunicación:** Se establecen como la mayor fuente de información. Por tanto, son influyentes y actúan inculcando ideas y valores. La representación de la EM en la prensa, es exclusivamente negativa y la asocian a actos violentos, fomentando el estereotipo de peligrosidad o falta de control. Un estudio realizado por Corrigan¹, concluyó que “una noticia negativa afecta directamente en el aumento del estigma. En cambio, noticias neutras o positivas no tienen la misma capacidad de repercusión”.
3. **La familia:** debido al desconocimiento o la falta de recursos, las familias ante el diagnóstico de la EM, hacen que en ocasiones la oculten por miedo al estigma social, convirtiéndose ellas en foco estigmatizador. La dinámica familiar se ve afectada por los trastornos mentales cayendo muchas veces en la propia discriminación o en el proteccionismo hacia el enfermo.

4. **Lugar de trabajo:** En los empresarios pervive la idea, de que las personas con EM son incompetentes, peligrosas o incluso que buscan el aislamiento social. Estas concepciones son las causantes de que el empresario rechacé contratar a una persona con EM. Aquí se presenta una barrera para pedir ayuda, debido al miedo que les supone tener problemas en el trabajo a causa de su EM¹⁴.

3.6. El estigma en los profesionales sanitarios:

Uno de los ámbitos fundamentales en la generación del estigma es el sanitario. Esto es así, debido a la asiduidad con la que estas personas transitan por los servicios sanitarios, ya que además de acudir a las unidades especializadas de SM, también son susceptibles de recibir atención por dolencias de índole orgánico¹⁵.

Diferentes estudios han constatado que los profesionales de la SM tienen actitudes negativas hacia los propios pacientes y equiparan las creencias estereotipadas de los profesionales de la SM, con los de la población en general. Este hecho, choca con la hipótesis de que, el conocimiento de los profesionales de la SM y el contacto regular con personas diagnosticadas con una EM, llevaría a mantener actitudes más positivas hacia estas. Con esto se presume que el efecto negativo del estigma, repercute en su recuperación y supone una amenaza para la correcta atención de las personas con EM¹⁴.

Las/os profesionales de la psiquiatría por muy bien formados e informados que se encuentren en relación con el trastorno mental, no dejan de ser parte de la sociedad, y por tanto, potenciales agentes estigmatizadores. Estos mantienen actitudes paternalistas por lo que acaban infantilizando a la persona con EM. Según Muñoz et al¹⁵: “entre las/os profesionales de la SM pervive el estigma, especialmente relacionado con la impredecibilidad de las personas con EM, así como sus limitadas posibilidades de recuperación”.

En 2005, Sriram y Jabbarpou¹¹ realizaron un estudio de investigación, en el cual, se les planteaba si en el caso de ser diagnosticados de esquizofrenia, se sentirían cómodos hablando de ello con alguien que no fuera un profesional, el 60% respondió que, se sentirían cómodos frente al 34% que indicaba que se debía al estigma existente.

Por su parte López et al¹⁵ (2008), apunto que:

“Una historia previa de violencia en un o una paciente, tiende a determinar más fácilmente el diagnóstico de esquizofrenia por parte de su psiquiatra, lo cual demuestra la permanencia de estereotipos y prejuicios ligados a la violencia entre el personal sanitario especializado”.

Son importantes las opiniones y maneras de pensar de los profesionales sanitarios hacia estas personas, ya que son el referente a seguir para cambiar la forma de pensar de la población, puesto que son los que entienden en mayor medida la vulnerabilidad y tienen la capacidad de ofrecerles ayuda y apoyo ⁶.

El estigma en los profesionales de enfermería:

Durante la búsqueda de la literatura específica se ha constatado que las actitudes de los profesionales de enfermería hacia las personas con EM, son sustancialmente más positivas que las de la población en general. No obstante, aun aparecen ciertas actitudes negativas y comparten muchos de los estereotipos habituales ¹⁶. Este hecho se contradice con la afirmación propuesta por Braña et al³(2001): “enfermería es el grupo profesional más discriminante”.

Hay que destacar que los profesionales de enfermería se convierten en una herramienta fundamental en la lucha contra la discriminación, dado su contacto directo con las personas afectadas y sus familiares. En su trabajo cotidiano, tanto si están o no especializados en salud mental tratan con personas con EM ¹⁰.

No obstante, las características clínicas de los pacientes con trastorno mental, los definen como demandantes, exigentes, críticos, invasivos y manipuladores. Esto hace que su manejo sea difícil, complicando su relación terapéutica con el personal enfermero. Además, en ocasiones, los pacientes tienen reacciones, que limitan la capacidad y habilidad del enfermero/a en su intervención¹⁶.

Del mismo modo se ha observado en los profesionales de enfermería que:

- El 60% cree que existe prejuicios en el ámbito sanitario.
- El 50% afirma que no trabajaría igual con un paciente diagnosticado con EM.
- El 36% cree que las personas con EM son irrecuperables ¹⁰.

Gajo et al³ (2012), aboga, a que la principal limitación que sufre enfermería en la atención a la persona con EM, es la falta de información y desconocimiento. Así, las enfermeras/os realizan un cuidado centrado en los aspectos físicos, desvalorizando las necesidades psicológicas del paciente. Refleja la siguiente incoherencia:

“Por un lado, enfermería piensa que es un peligro mantener a un paciente con EM en la misma sala que al resto, pero por otro lado piensa que es necesario devastar los prejuicios y promover la inclusión social y el aumento de la autonomía”.

Diversos estudios también han ido enfocados a conocer si el alumnado de enfermería tiene actitudes estigmatizadoras. En estos se han identificado como factores que inducen a actitudes más favorables hacia la EM, la formación recibida en psiquiatría y la proximidad con los pacientes ¹⁷.

Uno de los temas que más interés a despertado en los investigadores, ha sido el relacionado con el periodo de prácticas. Todos han coincidido en sus resultados: “La experiencia directa es decisiva a la hora de generar cambios en sus actitudes, con mayor influencia que la formación teórica recibida. Observándose gran mejoría en los niveles de tolerancia, aceptación y respeto hacia estos pacientes” ¹⁷.

Por su parte, Granados-Gámez¹, realizó un estudio con el objetivo de analizar las creencias y las actitudes de los estudiantes de enfermería antes y después de realizar las practicas asistenciales. Las diferencias entre los alumnos que habían realizado las prácticas y los que no fueron significativas, concluyendo que: “la formación teórica no es suficiente para la reducción del estigma, debiendo esta, ir acompañada de un proceso experimental”.

El estudio de Balhara y Marthur³ (2013) refleja que cuanto mayor es el curso donde se encuentra matriculado el alumno/a, mayores actitudes positivas refleja hacia la SM. Por lo tanto, establece que las conductas son más favorables cuanto más preparados están y más experiencia clínica tienen.

Además, el estudio afirma que: los alumnos ven la psiquiatría como un área aburrida y frustrante que, añadido al sentimiento de miedo, hacen que la especialidad de enfermería de salud mental sea una la menos elegida tras el Grado”.

Con todo lo anterior se destaca que, “los pacientes se sienten desvalorados por los profesionales de enfermería, sintiendo una falta de atención más humanizada, destacando una actitud fría y despersonalizada [...]”¹⁶.

El Proyecto de Buenas Prácticas de Enfermería y Salud Mental⁷ propone algunas intervenciones para la erradicación del estigma entre los profesionales sanitarios y los estudiantes de enfermería. Las más destacadas son:

- Inclusión en el Plan Docente del Grado de Enfermería del tema del estigma en SM y las estrategias para erradicarlo.
- Fomento de la Formación Continuada de los profesionales de enfermería, que incluya la adquisición de herramientas para la erradicación del estigma en SM.
- Colaboración de los profesionales de enfermería con las campañas para la erradicación del estigma por motivos de SM.

Es importante destacar que el rol que toman los profesionales de enfermería es fundamental en aras de la recuperación del paciente. Este debería ser el de agente des-estigmatizador.

Como apunta Baete Schulze¹⁸, “es clave involucrar a los profesionales de la salud en los programas antiestigma, con el fin de comprometerlos en una tarea que implique cercanía y apoyo constante a los pacientes y familiares afectados por el estigma”.

Borg y Kristiansen⁹ llegaron a la conclusión de que las características que debían tener los profesionales sanitarios eran las siguientes:

- Mostrar actitud de apertura
- Colaborar de igual a igual.
- Centrarse en recursos internos del individuo
- Mostrar reciprocidad
- Tener la voluntad de ir más allá.

El hecho de que en el colectivo universitario exista la estigmatización supone un gran inconveniente para las personas con EM, debido, a que los estudiantes serán en un futuro los profesionales que deban atenderlos pudiendo no hacerlo de forma correcta si las actitudes negativas hacia la EM perduran ¹⁴.

Se hace difícil llevar a cabo este modelo de atención, si somos nosotros mismos los que levantamos los muros, los que delimitamos la distancia social, los que caemos en el absurdo de los prejuicios y los que se dejan vencer por la ignorancia.

4. MARCO CONCEPTUAL:

4.1. Resultados epidemiológicos:

Hace unos años la OMS¹⁹, puso en marcha la iniciativa Salud Mental en el Mundo-año 2000, que pretende “coordinar estudios epidemiológicos nacionales en los cinco continentes incluyendo además en su evaluación, la determinación de la gravedad clínica, el deterioro funcional y la discapacidad, con el objetivo de evaluar mejor la repercusión de la patología mental”.

Asimismo, la OMS²⁰, revela datos de gran magnitud sobre la prevalencia de los trastornos mentales, entre los que se destacan que: una de cada cuatro personas padecerá algún trastorno mental a lo largo de su vida, lo que supone el 20% de la población mundial. Con respecto al suicidio a nivel mundial, se quitan la vida cerca de 2.500 personas al día. Además, cinco de los diez trastornos más discapacitantes son de naturaleza psiquiátrica: la depresión unipolar, el abuso de alcohol, los trastornos maniaco – depresivos, la esquizofrenia, y los trastornos obsesivo – compulsivos.

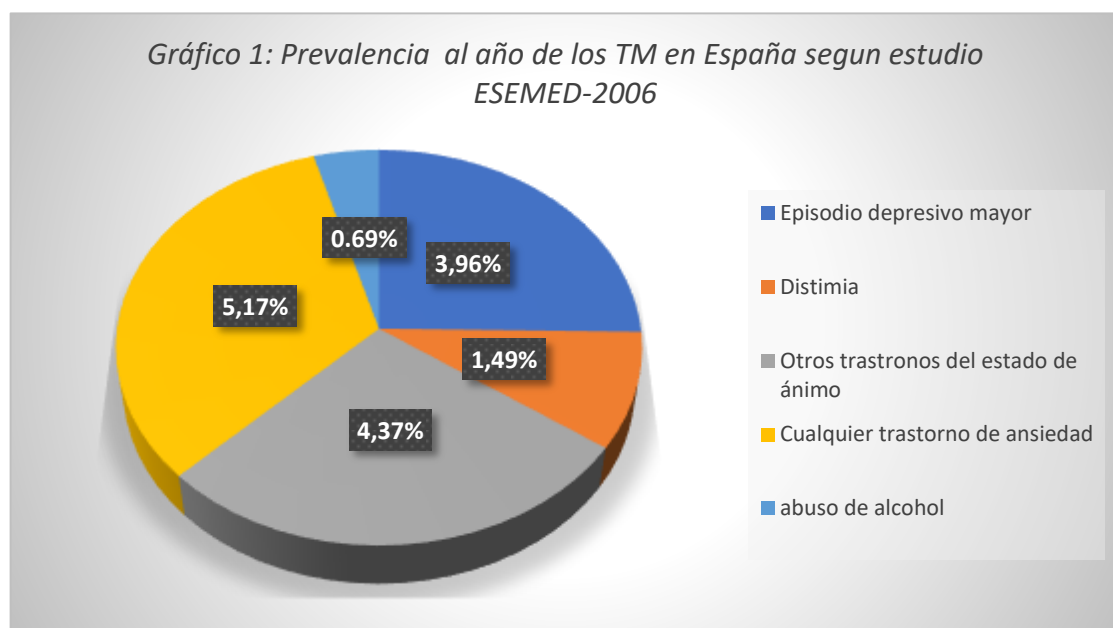
Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y son la mayor causa de los años vividos con discapacidad, siendo el impacto en la calidad de vida superior al de otras enfermedades crónicas como la artritis, diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias ³⁻⁴. Se trata, por tanto, de la enfermedad más invalidante de la sociedad actual, de mayor repercusión social y familiar ²⁰.

Según más datos de la OMS, la esquizofrenia, enfermedad mental grave y crónica, afecta a 52 millones de personas en todo el mundo. Se estima que afecta al 1% de la población mundial y que cada año se diagnostican entre 15 y 30 nuevos casos por cada 100.000 habitantes.

En España en el año 2006, se llevó a cabo un estudio epidemiológico, integrado en el proyecto ESEMDE-España¹⁴, dentro de un proyecto europeo y en coordinación con la iniciativa World Mental Health, basado en una encuesta personal domiciliaria que incluyó a más de cinco mil personas representativas de todo el estado. La tasa de respuesta fue del 78,6%. En dicho estudio se obtuvo que:

- 1 de cada 5 personas entrevistadas evidencio haber tenido algún trastorno mental en algún momento de su vida y un 8,4% en los últimos 12 meses
- La prevalencia fue del 15,7% en hombres y el 22,9% en mujeres
- Que son los más comunes el episodio depresivo mayor, la fobia específica, la distimia y el abuso de alcohol.

Según este estudio, la prevalencia obtenida, fue inferior a la de los otros estudios en países del norte de Europa.



Fuente: Elaboración propia, basado en los datos del estudio ESEMED

4.2. Metodología y motores de búsqueda:

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una exhaustiva revisión de la evidencia científica publicada en los últimos años, con respecto a la percepción que la persona con EM proyecta en la sociedad, así como en los profesionales de salud y concretamente en el alumnado de Grado de Enfermería, con el fin de comprender la relación que tiene el proceso de estigmatización en la calidad de los cuidados prestados y así poder intervenir mediante un Plan de Educación para la Salud con el objetivo principal de reducirlo.

La información y selección de los documentos se obtuvieron en primer lugar de la lectura del resumen de cada uno de ellos, desechándose aquellos que no tenían que ver con el tema objeto de estudio, así como aquellos cuya fecha de publicación eran anteriores a 2007 y en segundo lugar se procedió a una lectura crítica de todos los seleccionados. El rango de años sobre los que data la evidencia revisada se sitúa entre los años 2013 y 2017 a excepción de dos documentos que son de 2006 y 2008. Al final de la búsqueda, el número de documentos seleccionados han sido un total de 26, los cuales han permitido desarrollar este trabajo.

Las fuentes bibliográficas obtenidas, han sido extraídas en su mayoría de la Biblioteca de la UPNA, a través de su dispositivo de búsqueda “SIRIUS”. No obstante, también se han utilizado documentos publicados en “Google Académico” así como otros que resultan de la búsqueda de la bibliográfica de artículos ya seleccionados, con el fin de ampliar la visión sobre el tema propuesto. De la misma manera también se ha tenido en cuenta durante la redacción, la consulta a diferentes páginas web oficiales relacionadas con la Salud Mental como es el caso de “ARFES” o la de la “OMS”.

Por último, también se revisaron tres monográficas, de las cuales se rechazaron dos, debido a que el volumen de la información era desorbitado, y aunque estaba centrado en el tema, el enfoque subyacía en ciencias sociológicas y antropológicas otorgándole al tema una visión de difícil comprensión.

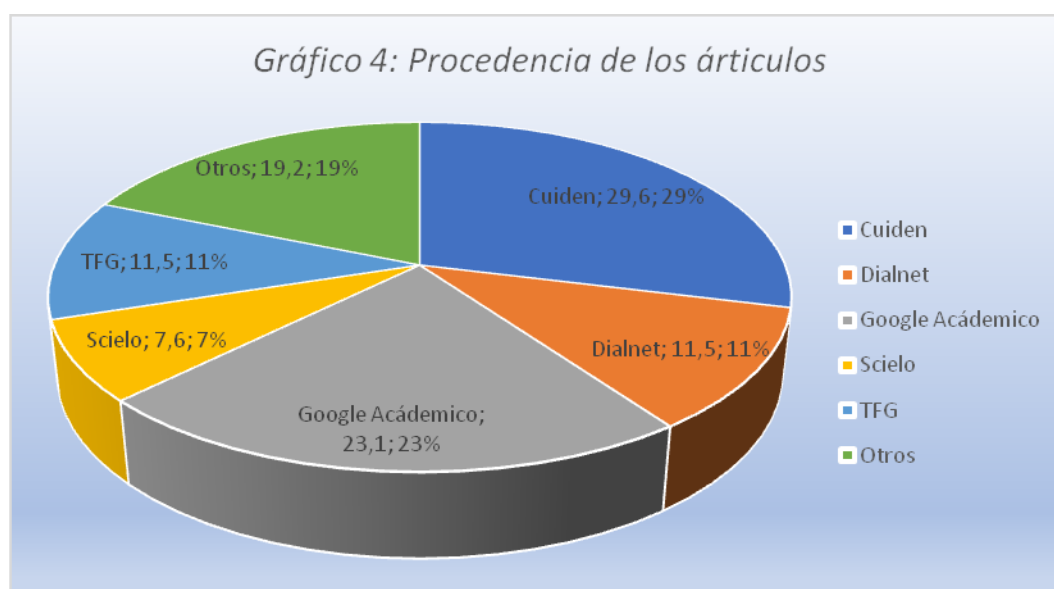
La búsqueda y selección tuvo lugar durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2017, revisando la literatura en profundidad durante el mes de Enero de 2018. En la búsqueda se utilizó la misma estrategia, basada en las palabras clave relacionadas con el tema.

En la siguiente tabla se presentan los motores de la búsqueda bibliográfica realizada en la base de datos.

Base de datos	Resultados obtenidos	Resultados revisados	Resultados seleccionados
CUIDEN	362	12	7
GOOGLE ACADÉMICO	18000	20	8
DIALNET	148	8	3
SCIELO	55	8	6

Fuente: Elaboración propia

En el siguiente gráfico se detallan la procedencia en porcentaje de los documentos seleccionados en las diferentes bases de datos



Fuente: Elaboración propia basada en Rodríguez Díaz Piedad-2014

4. CONTEXTUALIZACIÓN:

Enmarque social:

Históricamente, en el contexto de la SM, el estigma ha tenido un papel relevante tanto en el cuidado como en el tratamiento, puesto que el etiquetado ha ocasionado la separación entre la salud mental y la salud general ¹.

El conocimiento que la sociedad tiene hacia la EM, es más bien bajo, lo que conlleva a la aparición de actitudes negativas hacia quienes los sufren. El proceso de desinstitucionalización supuso que la sociedad cuyos conocimientos son escasos, mostrara rechazo a esta integración, produciéndose el aislamiento social de estos pacientes ¹⁴.

En relación con las actitudes hacia las personas con EM, hay una gran variedad de estudios que indican que, los estereotipos o ideas erróneas más comunes están relacionadas con la peligrosidad, extrañeza e imprevisibilidad, imposibilidad de curación y responsabilidad, así como prejuicios relacionados con el miedo, la falta de confianza y la diferencia de “ellos” y “nosotros”²¹.

Hay que destacar que el estigma afecta a todos los problemas de SM, pero, este se hace más evidente y perjudicial en personas que están afectadas por trastornos mentales graves. Por tanto, se encuentran con dos tipos de problemas: los derivados directamente de su enfermedad, que pese a su gravedad suelen ser, episódicos y susceptibles de intervenciones efectivas, y los relacionados con el estigma, que suelen ser permanentes y constantes, además de refractarios a la intervención ¹³.

Según estudios, aproximadamente el 70% de personas con EM, no reciben ningún tratamiento. Si tenemos en cuenta que la prevalencia es 1 de cada 4, el dato es alarmante. Los principales motivos por los que estas personas no acuden al servicio de SM, están relacionados con la falta de conocimiento sobre la enfermedad y sus síntomas, las actitudes perjudiciales, y la creencia de discriminación a las personas con EM¹⁴.

En muchas ocasiones, la sociedad cree que las personas con EM, no se afectan por el estigma, creencia totalmente errónea ya que como apunta Hanrrell³: “si una persona se encuentra continuamente expuesta a un entorno el cual lo infravalora, lo ridiculiza, y cuestiona su capacidad como persona, la posibilidad de que esta refuerce su autoestigma es mayor”.

Los profesionales sanitarios somos una fuente de lucha contra el estigma verdaderamente importante. Esto es así por dos motivos: uno, que estamos en contacto con personas con EM y dos, porque gozamos de una posición privilegiada en la sociedad. No obstante, a pesar de tener mayor formación, al igual que la sociedad, actuamos como agentes perpetuadores del estigma.

Enmarque político:

Aunque a nivel estatal, a lo largo de la historia se han redactado y modificado numerosas leyes, algunas de las cuales deslegitimadoras y ofensivas, no es hasta el año 1983, donde los cambios jurídicos dejaran de presentar connotaciones negativas, tales como; Decreto del 24 de Mayo de 1943 sobre Dispensarios de higiene mental, la Ley de Vagos y Maleantes o la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación social de 1933¹.

En el año 1986 se promulga la Ley General de Sanidad, la cual abre camino a la integración y la universalización de la sanidad sirviendo de guía para la Reforma Psiquiátrica en España. En su artículo 20 cita que las personas con EM, serán tratadas como cualquier otra persona que requiera de servicios sanitarios y sociales, fuera de las instituciones. Así, la ley establece, entre otras cuestiones, que:

“La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización (...).”¹⁵.

Algunos de los cambios en el sistema sanitario que supuso la reforma psiquiátrica española y que tienen una relación directa con la reducción del estigma de las personas con enfermedad mental tienen que ver, entre otras cuestiones, con:

- El cambio terminológico, relevándose el servicio de Psiquiatría, por el servicio de Salud Mental.
- La integración de los servicios especializados de Salud Mental en el sistema sanitario general, en coordinación con la atención primaria y la asistencia social.
- La creación de unidades de Salud Mental en los hospitales generales, así como el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos ¹⁵.

Por su parte, el “Consejo Internacional” (CIE, 2001), al igual que la “Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental” (Helsinki 2005), junto con la “Declaración Europea de Salud Mental”, presenta un “Plan de Acción en Salud Mental” para Europa, en el que se especifica: rechazar los estigmas, la discriminación y la desigualdad de las personas con problemas de SM y sus familias²².

Asimismo, la “Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud²²”, en cuanto a las intervenciones que se refieren para reducir el estigma en SM se recogen las siguientes:

- Línea estratégica 1: Promoción de la SM de la población, prevención de la enfermedad y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
- Línea estratégica 4: Potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental.

Enmarque Económico:

Hay que destacar que las enfermedades mentales suponen un enorme impacto socio-económico. En este sentido la OMS⁸ alerta de las abrumadoras repercusiones económicas de los trastornos mentales, resaltando que: “El sufrimiento, la discapacidad y las pérdidas económicas no desaparecerán mientras los enfermos sigan marcados por el estigma”.

Algunos datos que llaman la atención en cuanto a gastos sanitarios se refieren son los siguientes:

- En 2010, el coste total de las EM, alcanzó un valor de 797,7 miles de millones de euros
- Las patologías donde recae el mayor coste son los trastornos de estados de ánimo y demencias
- España se encuentra en quinto lugar, por detrás de Alemania, Reino Unido y Francia

Además, hay que poner de manifiesto que la carga económica de las EM, se ve incrementada por “costes invisibles”, compuestos por los costes de cuidados informales y la pérdida de productividad laboral, siendo las enfermedades mentales la segunda causa de baja laboral temporal y permanente. Como dato se destaca que el 51,9% de los cuidadores principales de una persona que sufre alguna EM, destina más de 60 horas semanales a su cuidado ²³.

5. RESULTADOS:

6.1. Resultados de la actitud de la población general a la EM:

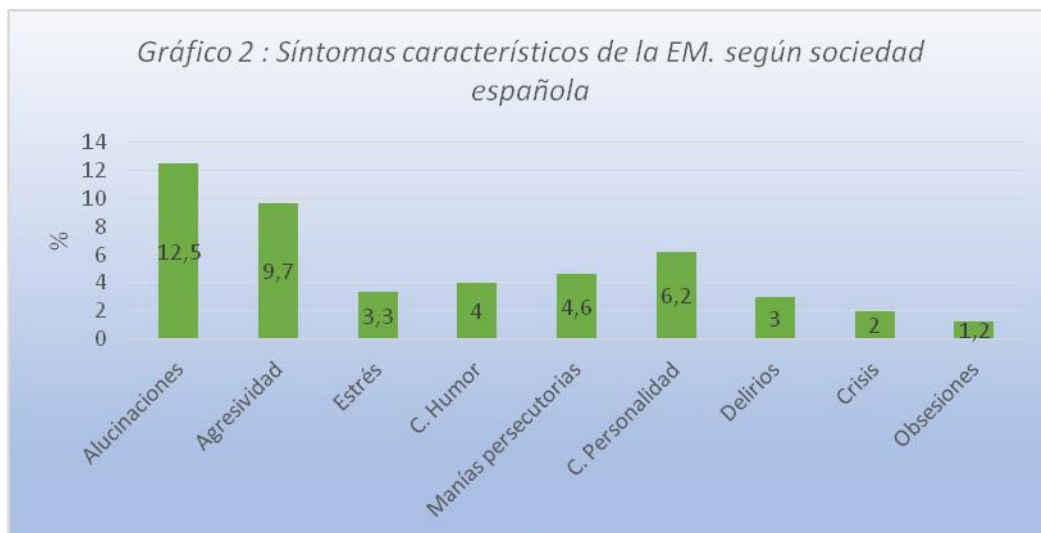
Como se ha reseñado en líneas anteriores, en España, el 19,5% de la población ha sufrido alguna vez en su vida un trastorno mental, es decir, una quinta parte de sus habitantes. Según un estudio realizado por Ruiz et al³, sobre la población española, la persona con EM, es vista como una persona peligrosa y rechazada socialmente. Además, menciona el estigma como una barrera para la recuperación integral.

Como resultados destacados se obtuvieron los siguientes:

- El 82% de la población afirmaba conocer la esquizofrenia y el trastorno bipolar pero el 51% fue incapaz de enunciar algún síntoma.
- El 90% pensó, que tener una patología mental grave interfiere en el desempeño de la vida, y solo el 3% negó esta afirmación.

- Con respecto a las creencias asociadas a la enfermedad, el 68% de la muestra cree que los trastornos mentales producen un mayor rechazo social que otras enfermedades, el 66% cree que llevan a las familias a la sobrecarga y el 55% que generan un gran sufrimiento al paciente.

Además, el estudio se completó con la libre expresión sobre las preocupaciones hacia estas enfermedades, siendo la más frecuente la peligrosidad, tanto por la violencia de sus comportamientos, por su agresividad o por el daño que pueden causar a otras personas, así como el rechazo social que les producen, el cual se manifestaba como estigmatización de la enfermedad y marginación socio-laboral.

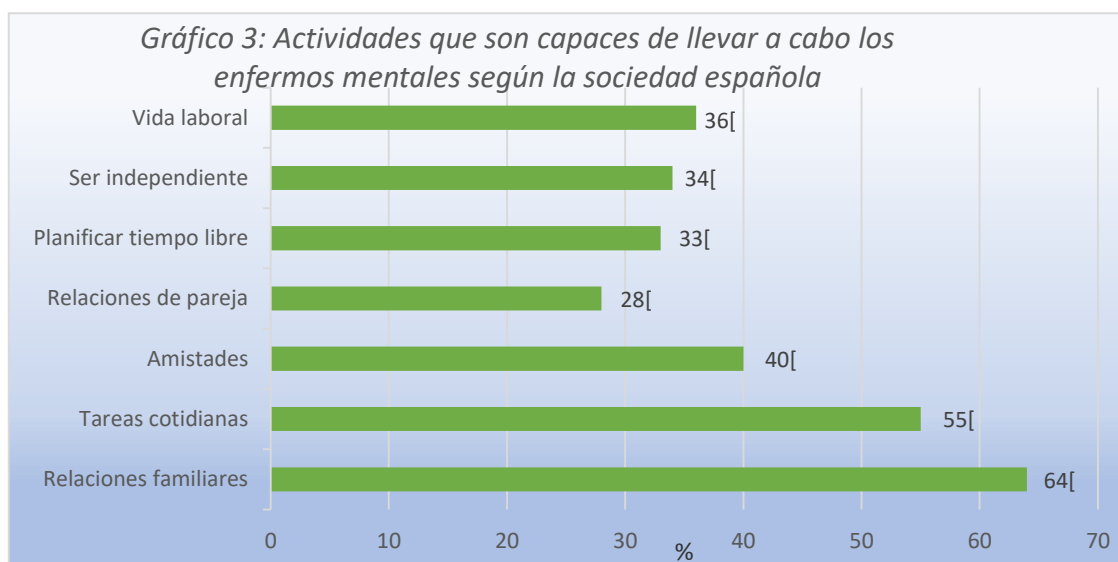


Fuente: Ruiz et al 2011 ³.

Este gráfico nos presenta que uno de los estereotipos más frecuentes en la población general, hace referencia a la violencia o agresividad. No obstante, es importante dejar claro que es más bien una violencia recibida, tanto en forma de autoagresión, incluyendo suicidios, como de asaltos de diverso tipo en la comunidad.

Destacar, que los actos violentos se presentan en tan sólo el 5% de las personas con esquizofrenia y además se puede relacionar con variables como: el tipo de sintomatología, actos previos, consumos de sustancias, falta de tratamiento o falta de contacto social. Lo que implica que es posible establecer grupos de riesgo, objetos de una atención preventiva³.

En el siguiente gráfico se muestran los porcentajes, en positivo, sobre la interferencia de la EM, en una vida normalizada. Las relaciones familiares y tareas cotidianas son aquellas que, según los encuestados, se ven menos afectadas.



Fuente: Ruiz et al 2011 ³.

6.2. Resultados de la actitud de los profesionales sanitarios hacia la EM:

Se han realizado numerosos estudios donde se mide el grado de estigma que presentan los profesionales sanitarios y los estudiantes. Entre el global de estudios que abarcan el estigma, cabe destacar, que la mayoría de ellos, se han llevado a cabo fuera del territorio español ¹.

Hay que destacar que, aunque estos estudios son escasos en cuanto número y representatividad, llama la atención que en todos ellos se observa que hay un número importante de profesionales de la salud mental, cuyo conocimiento sobre las enfermedades es evidentemente superior al de la población general, pero cuyas opiniones sobre las personas con EM y a las que se suponen que deberían ayudar, no difieren significativamente de la población en general ¹³.

En el año 2010, Adell et al²¹, realizaron un estudio para medir las actitudes de los enfermeros/as de diferentes ámbitos sanitarios, hacia quienes padecen una

enfermedad mental. El estudio se llevó a cabo en tres dispositivos asistenciales: el Servicio de Salud Mental de la Fundación Pere Mata Tierras del Ebro, el Centro de Atención Primaria y el Hospital Comarcal (Amposta). Se evaluaron 5 dimensiones: identidad, causa, culpa, peligrosidad y derechos.

En todas ellas se destaca que el grupo de enfermeros/as que tiene actitudes más estigmatizadoras es el que pertenece al ámbito de la Atención primaria, mientras que los enfermeros/as que trabajan en el servicio de SM, son quienes tiene actitudes significativamente inferiores al grupo anterior. Por tanto, el estudio concluyó con la afirmación de que: “el hecho de trabajar en el ámbito de enfermería en SM contribuye a tener una actitud más favorable hacia la EM”.

En el año 2016, Hiurma et al²¹ realizaron un estudio en el Hospital Universitario de Gran Canaria, con el objetivo de estudiar, el estigma y las variables implicadas, en el personal sanitario. Se seleccionó una muestra de 160 profesionales sanitarios de los distintos servicios, representativa de los estamentos profesionales: 67 enfermeros, 58 auxiliares y 35 médicos. En este estudio se excluyó al personal que trabajaba en el servicio de psiquiatría considerando que forman un grupo diferente dado su mayor grado de conocimiento y contacto con personas con EM.

Los autores concluyeron en que, las intervenciones orientadas a reducir el estigma se tienen que dirigir también a este sector profesional como grupo diana. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- El 43% respondió que las personas con EM son más violentas que los demás pacientes y el 54% que son más impredecibles.
- El 71% siente incomodidad cuando tiene que tratar a un paciente con enfermedad mental, El 30% experimentan sentimientos distintos que con el resto de pacientes, el 21% reconoció sentir temor, el 5% rechazo.
- El 63% piensa que deben ser tratados en servicios generales y un 37% manifestó que deben ser tratados en centros específicos para ellos.
- El 37% de los profesionales de la muestra manifestó que no le daría empleo a una persona con EM.

6. DISCUSIÓN:

El objetivo del presente trabajo es recopilar y revisar toda aquella información acerca de la actitud de los estudiantes de enfermería ante el estigma de las personas con EM. Para eso se han revisado diversos estudios que analizan este aspecto.

Según los resultados que se han obtenido de los diferentes estudios presentados, se encuentra que existen diferentes variables que influyen de manera directa en la percepción y la actitud que el alumnado de enfermería presenta hacia la EM. Hay que destacar que el rol de estas variables, tales como la desinformación, la falta de contacto directo o los procesos de socialización suponen sin duda la perpetuación del estigma, lo que implica consecuencias fatales en la atención de la persona con EM. Actúan como fuente de diseminación entre sus iguales, proyectando en estos un modelo asistencial paternalista, centrando el cuidado en aspectos físico y no en la persona como centro de su atención. Por esto, y para evitar el equívoco se quiere concienciar a los/as estudiantes de la importancia de vencer el estigma para unos cuidados de calidad.

Al hilo de lo anterior, Link y Phelan⁷ advierten que, uno de los elementos necesarios para que el estigma se presente es, que el grupo estigmatizador tenga supremacía sobre el grupo estigmatizado. Esto se hace evidente en los profesionales de la salud, los cuales mantienen en el medio hospitalario un estatus paciente-profesional, teniendo pues la capacidad de estigmatizar.

Este hecho corre en paralelo con la afirmación propuesta por González et al⁸, de que uno de los colectivos más importantes para luchar contra el estigma y la discriminación por motivos de SM, son los profesionales de enfermería dado su contacto directo con las personas afectadas y sus familias. Pero al igual que cualquier otra persona, no son impermeables a los prejuicios sociales pudiendo también reproducir el estigma, lo que hace difícil una atención holística desde el enfoque biopsicosocial.

Que el alumno/a sea capaz de establecer una adecuada relación terapéutica es uno de los objetivos implícitos más importantes de este proyecto ya que para esto es necesario un cambio en la actitud que permita vencer los muros invisibles del estigma.

No obstante, como ya se ha comentado a lo largo del trabajo, primero es necesario abordar el tándem formación/contacto directo.

En este sentido otro de los hallazgos más relevantes que se extraen de la mayoría de los estudios es el referente a la percepción subjetiva de falta de conocimientos que enfermería presenta para enfrentarse a temas relacionados con las personas con EM. Este hecho llama la atención por si solo, puesto que, si el profesional carece de las herramientas necesarias que permitan un abordaje integral, se alejará del paciente no tratándole adecuadamente y perjudicando su calidad de vida ³. Por ello, el establecimiento de este tipo de iniciativas en el Grado de Enfermería supone un claro fortalecimiento de las habilidades de cada alumno/a y se establecen como base para una primera y sustancial reducción del estigma.

Lo expuesto hasta ahora refleja que a mayor información menor estigma. Contraria a esta idea, en la literatura revisada se muestra que, si bien los profesionales de la salud tienen actitudes menos estigmatizadoras que la sociedad, la diferencia no es destacable. De hecho, algunos estudios igualan los resultados en ambos grupos. Una de las explicaciones principales que se presentan es el contacto directo y repetido que enfermería tiene con las personas con EM, durante el cual tiene que hacer frente a situaciones difíciles que complican la relación asistencial.

Una de las limitaciones que se han encontrado en esta revisión hace referencia al alcance de los resultados obtenidos. Hay que destacar que en la mayoría de los estudios el ámbito de intervención tenía un alcance micro, limitándose estos a universidades, hospitales o a comparativas entre profesionales de enfermería de las distintas áreas.

Con respecto a los hallazgos encontrados, cabe señalar que, si bien la cantidad de estudios que han centrado su objetivo en conocer las actitudes tanto de los profesionales sanitarios como de los estudiantes de enfermería han sido considerables, no ha sido así con actividades de educación para la salud dirigidas hacia estos colectivos. Durante la búsqueda bibliográfica ha sido nula la presencia de tales actividades. Por el contrario, sí que se encuentran multitud de campañas de sensibilización hacia la población general, así como talleres dirigidos a la reducción del autoestigma o del estigma en familiares. No obstante, a pesar de todo esto los

estudios son contundentes en cuanto a sus conclusiones, apuntando en general que se hace necesario ofrecer más información a los estudiantes de Grado ya que son ellos mismos, los que destacan esta carencia durante su formación. La información es uno de los pilares fundamentales para luchar contra el estigma en SM en el ámbito sanitario.

Esta propuesta llevada a la práctica, supondría para el alumnado de enfermería una gran oportunidad para mejorar la atención hacia las personas con EM, puesto que gozan de la plasticidad inherente en cualquier proceso de adquisición del conocimiento. Además, no hay que perder de vista que los estudiantes de hoy serán los docentes del mañana y que por tanto la base de su aprendizaje será el pilar para la transmisión del conocimiento.

No obstante, hay que tener en cuenta que esta propuesta no se ha implantado antes y que, por tanto, surgirán errores que precisarán de modificaciones futuras. Además, será necesario evaluar la pertinencia del taller, así como el grado de consecución de los objetivos. Esto se puede establecer como una futura línea de investigación, en la que, tras la puesta en marcha de los sucesivos talleres, se puedan analizar mediante un estudio cuantitativo si las actitudes estigmatizantes entre el alumnado de enfermería han disminuido.

7. CONCLUSIONES:

A partir de la revisión de la literatura científica y de los resultados obtenidos en los diferentes estudios se establece que:

1. El estigma en SM es un fenómeno social complejo, el cual, viene precedido históricamente y es adquirido desde el proceso de socialización temprana.
2. Las actitudes negativas pertenecen a la dimensión cognitiva del estigma, por tanto, son susceptibles de modificación.
3. Los profesionales sanitarios, en concreto enfermería presentan actitudes estigmatizadoras ante la persona con EM. Esto compromete la calidad asistencial e influye en la manera de comportarse.

4. Los/as alumnos de enfermería abogan como principal causante de su estigmatización a la falta de información y la establecen como una necesidad.
5. Aunque los resultados de los estudios resaltan que el estigma hacia la EM es una realidad entre profesionales y estudiantes de enfermería, no se han establecido las suficientes iniciativas antiestigma hacia estos colectivos.
6. Queda constatado que la intervención más eficaz para luchar contra el estigma en SM es aquella que combina la formación con el contacto directo (prácticas asistenciales). Esto se ve reflejado a lo largo de los cursos del Grado de Enfermería en donde el alumnado de primero, presenta actitudes estigmatizantes superiores al alumnado de cuarto.



“PROPUESTA DE INTERVENCIÓN”

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN-----	Pag 32-33
2. JUSTIFICACIÓN PERSONAL -----	Pag 34
3. OBJETIVOS -----	Pag 34
4. HIPÓTESIS -----	Pag 35
5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA -----	Pag 35-38
6. CONTEXTUALIZACIÓN -----	Pag 39-41
7. JUSTIFICACIÓN ÉTICA-----	Pag 41-42
8. RESULTADOS PREVISTOS -----	Pag 42-43
9. RESULTADOS -----	Pag 43-56
10. EVALUACIÓN -----	Pag 56
11. CONCLUSIONES-----	Pag 57
12. AGRADECIMIENTOS -----	Pag 57
13. BIBLIOGRAFÍA -----	Pag 58-60
14. ANEXOS-----	Pag 61-67

1. INTRODUCCIÓN:

Como ya se ha estudiado en los apartados anteriores, el estigma en SM, es un constructo social que tiene arraigadas sus raíces desde el inicio de la civilización y se ha constituido como la principal causa de discriminación hacia este colectivo. A pesar de la evolución y del avance de las formas de intervención para cuidar y tratar la EM, la sociedad no ha conseguido cambiar el prisma hacia la persona que sufre este tipo de patologías y ha contribuido por sí, a su permanente segregación, viéndose mermado el derecho a la igualdad de oportunidades y por tanto limitándose su realización personal.

Esto representa un problema de gran magnitud para estas personas, ya que la sociedad les sitúa en un proceso complejo de continua victimización, haciéndoles vulnerables y fácilmente cuestionables. En este sentido cabe destacar que el padecimiento es doble: por un lado, sufren los síntomas de su enfermedad y por otro tienen que soportar el peso del estigma.

Pero las concepciones obsoletas del mal llamado “enfermo mental”, también están presentes en los/as profesionales sanitarios, ya que como parte de la población han sido expuestos al proceso de socialización temprana. Queda claro pues, que las actitudes negativas que se generan van a influir directamente en su práctica asistencial, viéndose mermada la calidad de los cuidados prestados.

Este hecho adquiere especial relevancia cuando las actitudes estigmatizantes proceden de los/as estudiantes de enfermería puesto, que en un futuro próximo serán aquellos que tengan en sus manos la atención de estas personas y no llevándose de manera adecuada si esta, está a merced de la estigmatización. Actitudes negativas como el miedo, inquietud, agresividad, reacciones extremas o las autolesiones son comunes entre el alumnado y hacen que la relación terapéutica sea difícil de establecer y mas aun, cuando al profesional le falta tanto el conocimiento necesario como las habilidades suficientes.

Los estudios previamente presentados han puesto de manifiesto que la falta de conocimiento es el principal reclamo del alumnado de enfermería y lo sitúan como una necesidad a la hora de enfrentarse a sus prácticas asistenciales.

Todo esto justifica por si solo, la importancia de la intervención temprana, ante lo que según lo evidenciado se constituye como una problemática y se destacan como obvios los beneficios que se pretenden conseguir con la implantación de este taller en el alumnado de enfermería, ya que la pretensión no es otra que conseguir mermar las actitudes negativas con una adecuada formación anti-estigma. Estas son en parte, el resultado del aprendizaje adquirido durante su paso por la universidad.

Este taller se ofrece como un refuerzo a la asignatura de Enfermería en Salud Mental, el cual se centra en acercar a los alumnos la realidad y los mitos de la EM, brindar un primer contacto directo con las personas que tiene una enfermedad mental, así como ofrecerles pautas para el manejo del paciente agudo, con el fin de favorecer la empatía, y disminuir la inquietud, al inicio de la rotación en las unidades de SM, todo ello en aras hacia una modificación del estigma.

2. JUSTIFICACIÓN PERSONAL:

Mi paso a lo largo del Grado de Enfermería ha sido clave para la elaboración de este TFG, no obstante, la idea se vio reforzada durante las prácticas asistenciales. En estas he podido observar como enfermería otorga al paciente con Enfermedad Mental un trato diferente independientemente de si el motivo de atención se debe a su patología psiquiátrica o a otra de tipo orgánico. Por otro lado, también me di cuenta de cómo a mis compañeros/as de carrera, el inicio de sus prácticas en las unidades de SM les causaba angustia e inquietud. Esta situación, despertó mi interés y me hizo reflexionar. Esta premisa, ha sido la base para el desarrollo de este documento

3. OBJETIVOS:

Objetivo principal:

Intervenir en la percepción que tienen los alumnos/as de enfermería de tercer curso hacia la persona con enfermedad mental mediante un Plan de Educación para la Salud dirigido a reducir el estigma de estos y modificar su influencia en la calidad de los cuidados prestados.

Objetivos secundarios:

1. Ofrecer información y sensibilizar a los estudiantes de enfermería sobre los componentes del estigma en SM, sus mitos y realidades.
2. Favorecer un primer contacto con personas con EM, para que se impregnen de sus experiencias vividas como personas estigmatizadas.
3. Disminuir la angustia e inquietud de los alumnos/as en relación al manejo del paciente con Enfermedad Mental previas al inicio de la rotación en las unidades de salud mental.

4. HIPÓTESIS:

Tras la revisión de la evidencia científica se parte de la hipótesis de que, la puesta en marcha de este taller, va a reducir de forma considerable el estigma que los alumnos/as de enfermería presentan hacia la persona con EM y por tanto serán capaces de disfrutar de ellas y de establecer una adecuada relación terapéutica.

5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LOS OBJETIVOS.

Para el objetivo general planteado, **“Intervenir en la percepción que tienen el alumnado de enfermería de tercer curso hacia la persona con enfermedad mental, mediante un Plan de Educación para la Salud dirigido a reducir el estigma de estos y modificar su influencia en la calidad de los cuidados prestados”**, disponemos de las referencias bibliográficas mencionadas a continuación:

Hay que tener en consideración que el origen de la estigmatización a las personas con EM, se instaura prácticamente desde el inicio de la civilización pasando a lo largo de la historia por diferentes visiones, pero convergiendo todas en las mismas consecuencias siendo prejuizado, discriminado, estereotipado y segregado del resto de la población.

En este sentido es necesario entender que los profesionales de la salud también formamos parte de esa sociedad y que por tanto también hemos sido impregnados de estas falsas creencias durante nuestro proceso de socialización y que, por consiguiente, también podemos actuar como perpetuadores del estigma.

El hecho de que esta estigmatización perdure, genera en el individuo aislamiento y disminución de la autoestima, intentando ocultar la enfermedad, alejándose del sistema sanitario para no ser ni identificado ni etiquetado y es así como lo apunta la OMS³: “la falta de información y de ignorancia sobre este tipo de enfermedad, así como la estigmatización de la cual son víctimas los enfermos psiquiátricos y sus familiares disuaden a los pacientes de recurrir a los servicios de SM”.

Esto hecho, tiene consecuencias muy nocivas como son: disminución de llevar a cabo un correcto régimen terapéutico, falta de adherencia al tratamiento y por ende produciéndose más ingresos hospitalarios. Esto último puede ser la causa de que se incrementen los estereotipos generando cada vez más actitudes estigmatizantes, ocasionándose una disminución de la calidad asistencial por parte de los profesionales sanitarios.

Todas estas disfunciones, afectan de manera devastadora a todas las esferas de la persona enferma, por lo que es un aspecto muy importante a tener en cuenta a la hora de ofrecer los mejores cuidados. Estos cuidados que son ofrecidos por parte de los

profesionales sanitarios, así como por los actualmente estudiantes, estarán influenciados tanto por el estigma que se percibe a nivel social, como por las ideas transmitidas por parte de los docentes. Todas estas ideas establecerán en el alumno/a una visión preconcebida, que influenciara de manera directa a la hora de ofrecer los cuidados a las personas con EM ¹.

En base a esto queda resaltada la necesidad de que a los estudiantes de enfermería se les otorgue la máxima información posible, porque se ha visto que es un factor positivo directamente proporcional de reducción del estigma. A más información, menos actitudes estigmatizantes. En contra posición si se presume de mal pronóstico se verá influido de manera negativa el proceso de recuperación.

Hanson L et al¹⁴ señalan que, “si las actitudes negativas predominan en los trabajadores, el trabajo de rehabilitación se verá afectado reduciendo la ambición de recuperación, induciendo al pesimismo y la desesperanza en la persona. Es por tanto que estas creencias suponen un importante obstáculo para la aplicación de una práctica basada en la evidencia”.

Novel Martí señalaba como obstáculos principales en el desempeño de la profesión enfermera, tanto el desconocimiento o la falta de contacto en un campo determinado, como la presencia de aptitudes y habilidades inadecuadas. Indica que ambos son subsanables con la formación adecuada. Destaca que una actitud es una predisposición expresada externamente en la forma en que interaccionamos con los demás y que escapa a nuestro control racional, debido a la sutileza con que se manifiesta.

Con todo esto se pone de relieve que una forma de lucha para reducir el estigma viene dada por una información veraz y equilibrada. Se ha comprobado que cursos educativos breves sobre la EM reducen las actitudes estigmatizadoras. Sin embargo, la investigación sobre las campañas educativas, indica que son más eficaces para los participantes que tienen un conocimiento mayor de la EM, o que han tenido un contacto directo con personas con EM ⁵. Se destaca una vez más la importancia de establecer un programa de refuerzo en el grado de enfermería como una intervención eficaz contra el estigma ya que estas actitudes son comunes entre el alumnado.

Pero la formación por si sola si bien se torna como necesaria, parece que no asegura un cambio en las actitudes, haciéndose necesaria una segunda estrategia de lucha. El contacto directo con personas con EM, sin duda ayuda a aumentar los efectos de la educación sobre la reducción del estigma. Existen estudios que demuestran que el contacto, tanto durante la formación antes de la graduación, como en una situación experimental, reducía el estigma y mejoraba las actitudes positivas. En definitiva, el contacto combinado con la educación se torna como el camino más prometedor ⁴.

Siguiendo esta idea, Arnaiz y Uriarte¹⁰ afirman en su trabajo que el contacto podría ser la medida más eficaz contra los prejuicios hacia estos enfermos e indican que la relación socio-afectiva, la pre-profesional (prácticas) y la familiar-personal son las que están relacionadas con mayor aceptación. Esto es debido a que el contacto directo, repetido y de calidad favorece la empatía, disminuye la diferenciación con el paciente y contribuye a una modificación del estigma.

Por todo esto se considera sustancial la ejecución del presente taller, ya que incluye no solo la transmisión pasiva de la información, sino la discusión, la presentación de casos reales y especialmente el contacto directo con personas afectadas. In facto, las líneas de las investigaciones fortalecen, por lo tanto, la importancia de una educación especializada en enfermería para la obtención de conocimientos específicos, así como que la formación teórica es insuficiente para la reducción del estigma y que debe de ir acompañada de un proceso experimental.

Asimismo, tras una extensa búsqueda bibliográfica y análisis de los diferentes estudios publicados, se ha observado que la relación entre clases teórico prácticas y el estigma están relacionados. Los alumnos/as que llevan a cabo prácticas en las unidades de SM, según la bibliografía, descienden su el nivel de estigma y de prejuicios¹.

El trabajo de enfermería consiste en ofrecer cuidados de salud y la creación del vínculo enfermero-paciente es la base de su asistencia. Pero hay determinados pacientes que generan una contratransferencia negativa en los enfermeros llegando a afectar a los cuidados. Estos son denominados por la literatura encontrada como “pacientes difíciles” debido a que llevan a cabo conductas complicadas de manejar o al desgaste emocional que generan en el profesional.

Blay²⁵ comenta que en la relación profesional–paciente “aflora un componente subjetivo del que forman parte nuestras emociones y sentimientos, que hace que unos pacientes nos caigan bien y otros despierten sensaciones negativas, contrarias a toda objetividad científica que deberíamos mantener”.

Rigol²¹ refuerza la idea anterior y apunta que: “el proceso de comunicación que establece el enfermero/a a través de la relación no es neutral, ya que las personas que participan en el configuran el marco de la relación”.

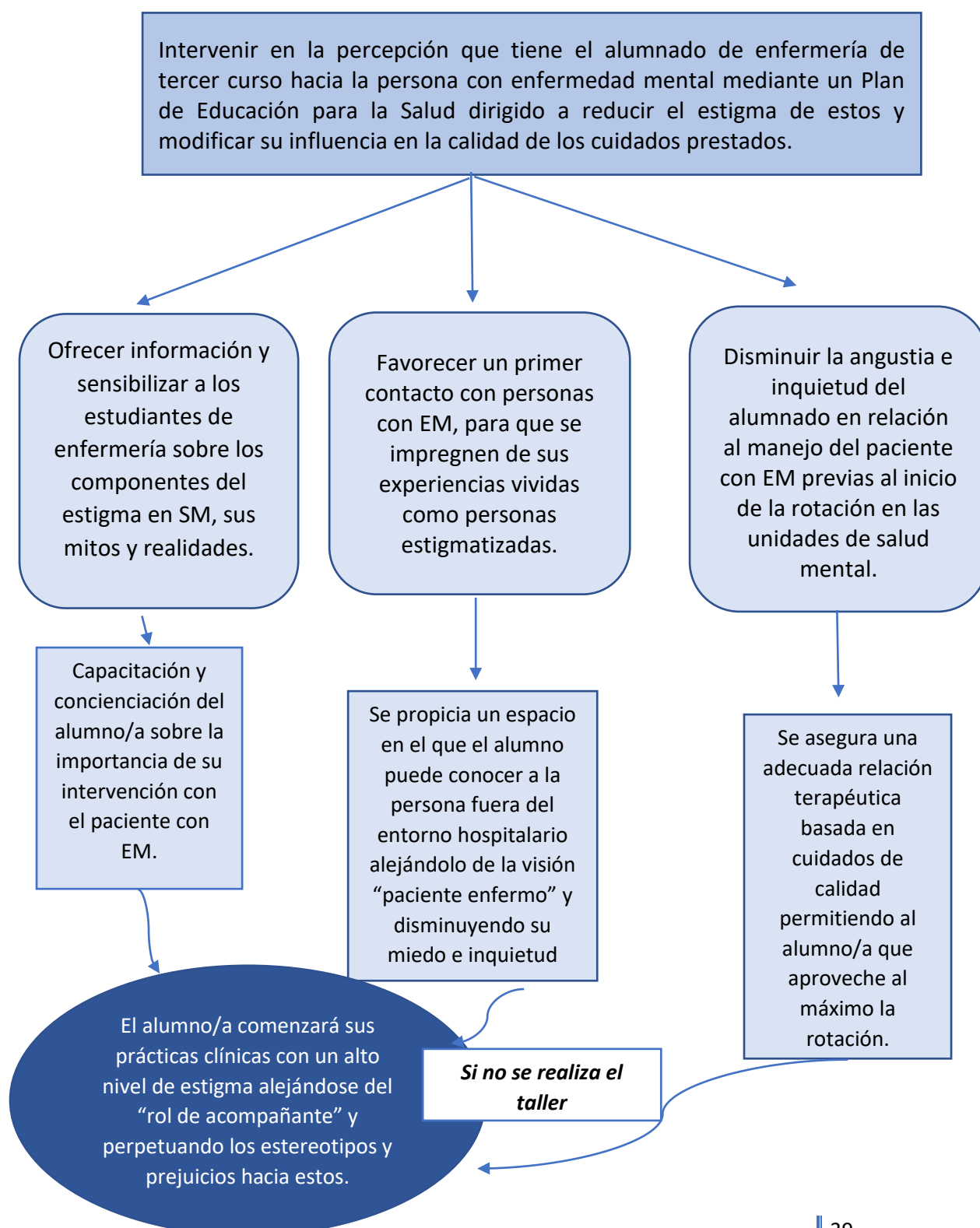
Cabe señalar que la práctica enfermera se define como una profesión basada en la relación de ayuda y es así como lo han establecido las múltiples enfermeras en sus teorías y modelos. Aún más en la SM, ya que, para desarrollar todo su ámbito competencial, enfermería presta los cuidados utilizando la relación de ayuda como instrumento terapéutico básico ²⁵.

Por todo lo expuesto a lo largo de este capítulo se pone de manifiesto la importancia de llevar a cabo diferentes intervenciones de educación sanitaria anti-estigma en el alumnado de enfermería, como una herramienta que permita el establecimiento de una relación terapéutica correcta, ya que es el pilar fundamental de los cuidados que enfermería otorga a la persona con EM. El conseguir este objetivo pasa por la destrucción de los muros invisibles que los alumnos/as han cimentado como parte de la sociedad.

6. CONTEXTUALIZACIÓN:

6.1. Visibilización gráfica del tema objeto de estudio:

A continuación, se presenta un breve análisis de manera gráfica sobre el tema objeto de estudio prestando especial atención al objetivo principal, así como a los objetivos secundarios que se pretenden alcanzar con la puesta en marcha de este taller.



6.2. Visibilidad del tema objeto de estudio:

¿Por qué es conveniente plantearlo?

La EM, es sin duda un importante problema de salud pública, pero el lastre del estigma es un fenómeno social que, aunque si bien es sutil, se convierte por desgracia en el mayor obstáculo que deben sortear las personas que la sufren. El motivo principal por el cual se decidió abordar el tema es, porque a pesar de que enfermería se torna como el pilar fundamental en la atención a la persona con EM, los estudios muestran como estos profesionales realizan sus prácticas asistenciales condicionados por el estigma, el cual sin duda limita la calidad de los cuidados.

¿Para qué sirve?

Este taller se ofrece como una herramienta útil para el alumnado de enfermería, cuyo objetivo no es otro que sensibilizarles de la importancia de vencer el estigma para una adecuada relación con el paciente, así como ofrecerles recursos para su manejo y todo ello mediante un aprendizaje práctico.

¿Cuál es su trascendencia a nivel socio sanitario?

Las personas con EM son vulnerables a muchos problemas de salud, y a esto hay que sumarles los añadidos por el estigma. Estos últimos son los que ocasionan sentimientos de desesperanza y minusvalía. En este contexto la enfermera jugará un papel importante ya que debe brindar un ambiente de confianza buscando su bienestar y pronta recuperación mediante la aplicación de los cuidados de enfermería, en cooperación con el resto de profesionales.

¿Quiénes se beneficiarían?

Principalmente se destaca que el taller será beneficioso para los alumnos/as, ya que con este se modificara la visión que tienen hacia la persona con EM, mostrando una actitud de apertura ante su rotación en las unidades de SM. El beneficio redundará en el paciente, que recibirá cuidados de calidad.

¿Ayudará a resolver algún problema práctico?

La pretensión de esta intervención no es eliminar la totalidad de las actitudes estigmatizantes en los alumnos/as, ya que se parte de que ellos/as también han estado influenciados por la socialización temprana y por ende el arraigo de estas. No obstante, lo que sí se pretende es reducirlas para que la atención hacia el paciente no se vea mediada por el estigma.

¿Qué aportamos al conocimiento del cuidado enfermero?

Es obvio pensar que con este taller el cuidado enfermero se verá nutrido de nuevos valores ya que el trabajar como agente anti-estigmatizante supone un cambio de actitud que sin duda caerá en el beneficio de la profesión.

7. JUSTIFICACIÓN ÉTICA:

Existe una gran variedad de temas relacionados con la preservación de los derechos humanos en el ámbito de la SM. Así el Informe de la OMS ²⁶ (2001), anima a los profesionales sanitarios a cumplir con sus responsabilidades éticas hacia las personas con EM pues, “si nuestro objetivo fundamental es mejorar la calidad de los servicios prestados a las personas que atendemos, es necesario que enfoquemos nuestros esfuerzos en la protección de sus derechos fundamentales”.

Cuando trabajamos con estas personas, la relación predominante que se establece, a nivel profesional-paciente, es el paternalismo, el cual incapacita a los pacientes para tomar decisiones y formar parte de su proceso de recuperación de la enfermedad. Los argumentos antipaternalistas se fundamentan en los principios de beneficencia y autonomía. El primero se centra en tener en cuenta al paciente como agente moral capaz de decidir lo mejor para su salud en conjunto con el personal sanitario, y el segundo se sustenta en el respeto a la dignidad del paciente y a la capacidad de tomar decisiones ¹⁶. Además, hay situaciones en las que enfermería, se encuentra con personas que no han ingresado voluntariamente para ser atendidas, necesitando una atención y cuidados obligatorios, lo que genera un grave problema a la hora de manejar la intromisión de la autonomía del paciente y sin violar su integridad ²⁶.

A nivel mundial, la defensa de los derechos del paciente es una parte integral de la relación enfermera/o-paciente. Copp²⁶ (1986) nos recuerda que “Es evidente que cuando los individuos pierden el poder de representarse a sí mismos, sus necesidades, deseos, valores y opciones, quedan a merced para que los demás aboguen por ellos”.

Con todo esto se pone de manifiesto que es un imperativo legal que los profesionales de enfermería garanticen que se cumplan estos principios y aún más teniendo en cuenta que la persona con EM, a menudo se encuentra en posiciones vulnerables en las que se precisa su intervención, ya que son estos los que deben velar por ellos. Además, también se hace necesario que reflexionen y tomen conciencia sobre su actuación ya que en muchas ocasiones vulneran sus derechos con ciertas prácticas, sobretodo en lo referente a contenciones mecánicas.

Es evidente que la puesta en marcha de este taller promoverá la introspección de la calidad asistencial otorgada por cada alumno ya que cuando se trabaja desde el “ellos” y “nosotros”, cuando por miedo establecemos “la distancia social”, cuando por la inseguridad nos perdemos oportunidades de crecer humana y profesionalmente y en definitiva cuando caemos en el absurdo del estigma, es entonces que nos alejamos de los valores del Modelo de Recuperación y violamos los principios de la bioética anteriormente señalados lo cual supone un equívoco del valor fundamental de la enfermería: el cuidado.

8. RESULTADOS PREVISTOS:

Con el presente taller se pretende, reducir aquellas actitudes estigmatizantes preconcebidas, con la intención de que aprovechen al máximo su paso por las unidades de SM, ofreciéndoles información que rompan los mitos y realidades, así como con la creación de un espacio vivencial en el que la persona con EM contara su experiencia como “paciente enfermo mental”. Se entiende que si se disminuyen la angustia e inquietud en relación al manejo del paciente se prevé que estén más capacitados/as para afrontar situaciones difíciles de abordar que se pudieran dar en la relación enfermero/a-paciente.

Con todo, los alumnos/as entenderán la gravedad del problema y la importancia que tiene el estigma en la atención del paciente, lo que permitirá el desarrollo de un papel más activo en la prestación del cuidado.

Un estudio en la Universidad de Vigo obtuvo los siguientes resultados ⁷:

- Un 74,7% de los alumnos/as de todo el Grado consideró que la información que tenían con respecto a la EM era insuficiente.
- 91,8% de los alumnos/as de primero
- 93,7% de los alumnos/as de segundo
- 69% de los alumnos/as de tercero
- 51% de los alumnos/as de cuarto

9. RESULTADOS:

9.1. Identificación del problema.

Tras una revisión de la evidencia científica y el análisis de la complejidad del fenómeno del estigma en SM y de cómo esté influye en la vivencia y en el afrontamiento del alumnado en la realización de sus prácticas asistenciales en las unidades de SM, se ha detectado el imperativo de que la formación teórica no es suficiente en aras de su reducción, si no que se hace necesaria la combinación del siguiente tándem: formación práctica en aula/contacto directo.

El contacto directo está garantizado dado que la universidad tiene una amplia oferta de unidades de salud mental para que los/as estudiantes lleven a cabo sus prácticas, no siendo así con la formación práctica en el aula. De los seminarios que la UPNA ofrece dentro de la asignatura de Enfermería de Salud Mental solo uno, es dedicado a la formación anti-estigma, con una duración de 2 horas.

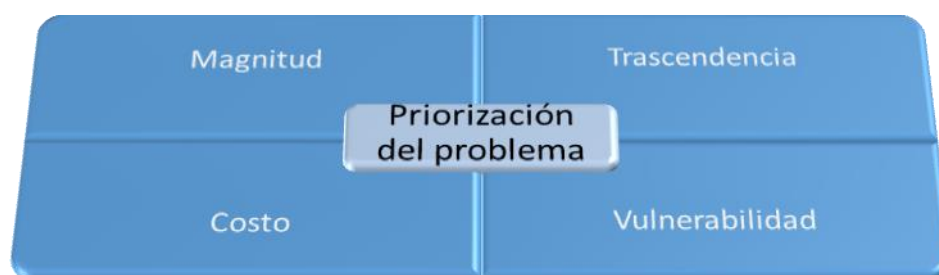
Cabe poner de manifiesto que precisamente son los/as profesionales de enfermería los que se encuentra en una situación privilegiada en la lucha contra el estigma y esto es así debido al contacto permanente y directo que tiene tanto con la persona con EM como con sus familiares. Además, no solo se van a encontrar con estas personas en los Centros de Salud Mental o las UHPS, si no que al igual que el resto de la población, en algún momento, presentaran una enfermedad orgánica que necesite atención

enfermera, la cual se vera también afectada si se le tiene en cuenta como “enfermo mental” a pesar de que en ese momento su enfermedad este asintomática. Por citar un ejemplo, estas situaciones son comúnmente observables en los servicios de urgencias, en los que se intenta separar al paciente del resto a pesar de que el motivo de su consulta sea otro al de su EM. De hecho, el Servicio de Urgencias del CHN, cuenta con una habitación con una cama y contención mecánica, hecho necesario cuando el paciente acude agitado o involuntario. No obstante, existe una tendencia a un abuso de la misma, usándola aun cuando no es necesario.

Como ya se ha comentado anteriormente, si bien los estudios que se han realizado con el fin de conocer las actitudes del alumnado de enfermería han tenido un alcance micro, ya que se han ejecutado en ámbitos concretos, todos son concluyentes de que estas actitudes están presentes y de que son modificables en parte con el incremento de la formación. Por tanto, se deduce que conforme se avanza por el grado las actitudes negativas disminuyan.

Como último apunte, entiendo que este es un problema real, puesto que es frecuente escucharles comentarios estigmatizantes e incluso, conductas de evitación hacia la realización de las prácticas. Por tanto, apremia una necesidad de intervención que palie el miedo y la incertidumbre y fomente las ganas y la motivación.

9.1. Priorización del problema.



Magnitud: Se puede subrayar que en la actualidad el fenómeno de la estigmatización a las personas con EM supone uno de los principales problemas a los que tiene que hacer frente, el cual priva a la persona de oportunidades y disminuye su calidad de vida.

Es reseñable, que la prevalencia de este tipo de enfermedad no nos deja indiferentes puesto que, según datos de la OMS, afectan a 1 de cada 4 personas a lo largo de su vida.

Tener una EM se convierte en el obstáculo principal para el acceso de los servicios sanitarios, ya que aquellos que la padecen no acuden por motivos de vergüenza o de miedo al rechazo. Esto desencadena dos problemas fundamentales: uno la falta de adherencia al tratamiento y dos, que quizá solo veamos la punta del iceberg. A su vez se destaca que el sentimiento que tiene el paciente en lo referente al trato que recibe por el personal sanitario es frío y despersonalizado, sintiéndose desvalorizado, motivos que alejan más aún a la persona del sistema sanitario.

Por todo esto se entiende que, el que los/as estudiantes de enfermería presenten actitudes negativas, supone un problema de gran magnitud, puesto que por un lado el paciente mostrara desconfianza y por el otro el alumno no mantendrá una actitud de apertura, por lo que la relación terapéutica se basara en el formato paciente/experto.

Trascendencia: Es obvio que las repercusiones que se presentan por motivos de estigmatización son marcadamente trascendentales. Un dato que así lo fundamenta es el que apunta la OMS: son la mayor causa de años vividos con discapacidad o que a nivel mundial se quitan la vida 2500 personas al día.

La presente propuesta de intervención se considera trascendente o al menos es así en el ámbito universitario ya que lo que pretende, es romper las ideas preconcebidas de los/as estudiantes para facilitar que la rotación por las unidades de SM sea aprovechada y enriquecedora. Además, es trascendente porque si se consigue que el/la alumno/a enfoque su práctica clínica desde una óptica anti-estigma, el beneficio será mayor y redundara en ganancia para el paciente.

Coste: Para la realización del presente taller, no será necesario disponer de grandes recursos económicos ya que únicamente se pretenden utilizar materiales de bajo coste, como son los necesarios para las sesiones expositivas, actividades impresas, un aula de la universidad, así como la participación activa de sus componentes.

Vulnerabilidad: se entiende que esta propuesta de intervención, cumple con los criterios de vulnerabilidad, ya que se espera que con su puesta en marcha el problema que se ha identificado será controlable. La controlabilidad en este caso es posible debido a que hablamos de actitudes y estas son susceptibles de cambio, lo que supone que existe la posibilidad de prevenir o controlar el problema.

9.2. Criterios para valorar las Buenas Prácticas ⁷.

Se considera que la presente propuesta de intervención cumple con los requisitos establecidos en el proyecto de Buenas Prácticas de Enfermería y Salud Mental:

Relevante: porque el presente taller pretende paliar los prejuicios y las actitudes negativas que estos/as estudiantes tienen hacia la persona con EM para conseguir una atención de calidad.

Eficiente: porque no solo cumple con la función de reducir el estigma, si no que se considera que al ser parte de la sociedad se convertirán en agentes anti-estigma, concienciando al resto de la población. Además, es eficiente porque cuando la persona con EM, se siente acompañada en su proceso de recuperación, se consigue disminuir el autoestigma y paliar los sentimientos de culpa y humillación.

Ético: En el taller de manera indirecta se atiende a los principios de la ética ya que, si se reduce el estigma, los cuidados prestados respetaran los derechos de estas personas y se alejaran del modelo asistencial regido por el paternalismo. Si persisten las actitudes negativas en los futuros profesionales de enfermería, vulneraran sus derechos durante su ejercicio asistencial.

Replicable: puesto que esta propuesta puede ser aplicable en otras universidades y en otros cursos. Además de la misma manera puede impartirse en los ya profesionales de la salud porque según lo estudiado estos programas son aún más efectivos, si ya ha existido contacto con la SM.

Sostenible: porque el taller puede ser llevado a cabo cada año, lo que garantiza la continuidad a largo plazo y porque los recursos necesarios son fácilmente accesibles.

9.3. Identificación del grupo diana.

La presente propuesta de intervención está dirigida a los estudiantes de 3º de Grado de Enfermería de la UPNA. La elección del curso coincide con la impartición de la asignatura de Enfermería de SM, ya que se propone como un refuerzo en la formación ya ofrecida por la asignatura, por lo que es necesario que tanto el taller como la asignatura se brinden en paralelo. Además, ya se sabe que esta formación tiene un efecto mayor y más duradero si se combina con el contacto directo, contacto que comienza en este curso ya que se inician las rotaciones por las Unidades de Salud Mental.

9.4. Metodología

La metodología que se va a llevar a cabo con esta propuesta de intervención, se basa en un Plan de Educación para la Salud. Este taller subyace en actividades educativas de carácter práctico y participativas, las cuales se dinamizarán teniendo en cuenta al grupo en su totalidad ofreciéndoles momentos de dialogo y reflexión.

Para que el método y los materiales utilizados sean los adecuados en cada una de las sesiones, es necesario respondernos a cada una de las siguientes preguntas guía. No obstante, es evidente que serán diferentes y estarán enfocados a conseguir que se cumpla el objetivo propuesto para cada sesión.

¿QUÉ?

La naturaleza de la presente propuesta de intervención se basa en la implementación de un taller de reducción del estigma. Esta propuesta viene fundamentada por varios motivos: 1- el alumnado de enfermería manifiestan actitudes negativas hacia la EM, 2- abogan la falta de información y conocimiento como carencia en el grado y 3- los cuidados enfermeros se alejan de su propósito: el acompañamiento.

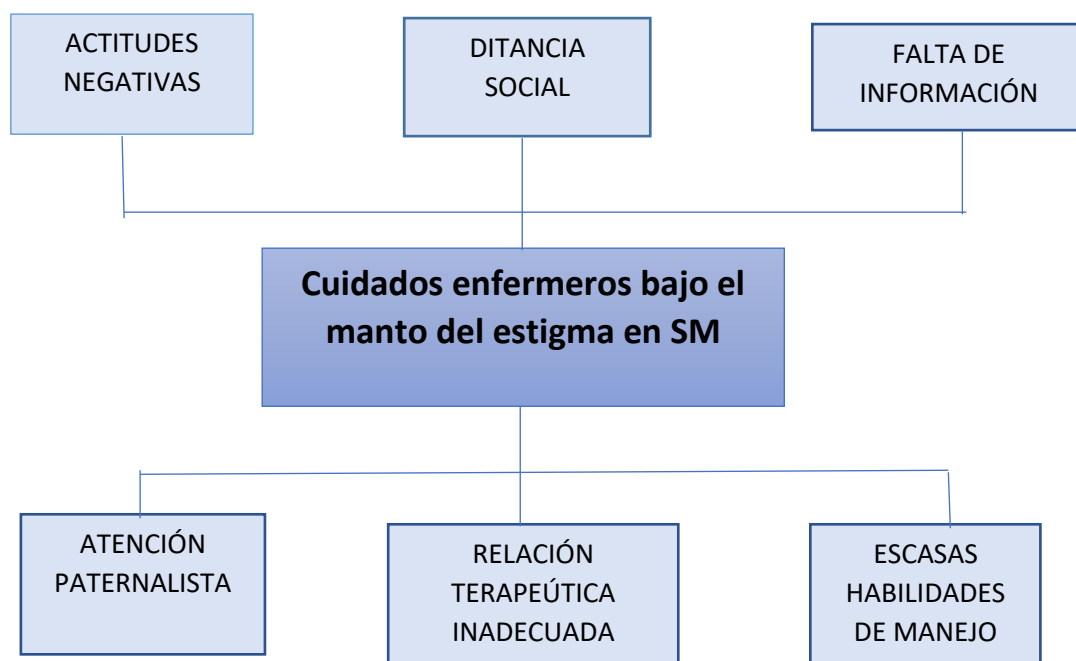
En la primera sesión, será conveniente explorar cual es la visión general que el grupo manifiesta hacia las personas con EM, permitiendo a cada participante una breve intervención. En la última sesión se buscará una evaluación más exhaustiva, la cual, posibilitará conocer tanto el grado de satisfacción de sus participantes como el de efectividad, este último medido con un cuestionario estandarizado.

¿POR QUÉ?

La puesta en marcha de este taller es importante por qué:

- ✓ Dotará a los/as estudiantes de herramientas que les haga más fácil prestar el cuidado al paciente con EM.
- ✓ Reducirá en parte sus actitudes negativas redundando en el beneficio del paciente.
- ✓ El/la alumno/a comenzará su rotación con una actitud de apertura lo que repercutirá en el aprovechamiento de la misma.

A continuación, se muestra el árbol de problemas que pretende dar justificación a el por qué es necesario la implantación de la siguiente propuesta de intervención.



¿CÓMO?

La obtención de los objetivos establecidos se conseguirá mediante la formación del alumnado. Para ello se sucederán diferentes actividades de carácter participativo y vivencial que permitan la comprensión de la importancia de reducir el estigma en SM como punto de partida para una intervención de calidad.

Este taller ofrece por tanto un establecimiento lógico y secuencial de las actividades, necesarias para que los alumnos/as interioricen los conceptos, reflexionen, los incorporen a su estructura mental y modifiquen los pensamientos negativos que trazan la barrera para una óptima atención. Para esto se proponen 3 sesiones, respondiendo cada una, a uno de los objetivos secundarios planteados bajo un único concepto: aprender, vivenciar y simular.

Asimismo, como apoyo, al finalizar cada sesión, se hará entrega, de materiales en formato papel, en el que aparecerán las ideas más importantes trabajadas, con el objetivo de reforzar los conocimientos aprendidos durante la misma.

A continuación, se presenta el cronograma de trabajo:

CONTENIDO	Sesión 1 Rompiendo muros	Sesión 2 Ponencias	Sesión 3 Kit primeros auxilios
METODOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Recibimiento, presentación y expectativas 10' - Pre-test 10' -Lluvia de ideas 15' - Explicación teórica 20' -Vídeo 10' - Actividad 30' -Debate y reflexión 15' -Dudas y preguntas 10' 	<ul style="list-style-type: none"> -Presentación de los ponentes 10' - Vídeo 10' -Ponencia 1- 30' -Ponencia 2 -30' - Debate y reflexión 30 ' -Dudas y preguntas 10' 	<ul style="list-style-type: none"> -Explicación teórica 20' -Vídeo - Actividad 20' - Rol-playing 40' - Debate y reflexión 15' -Dudas y preguntas 10' -Post-test 10'
AGENTES DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermera especialista en SM -Enfermera -Responsable de la asignatura 	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermera especialista en SM -Enfermera -Invitados 	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermera especialista en SM -Enfermera -Responsable de la asignatura
CRONOGRAMA	-A determinar en función del calendario académico	-A determinar en función del calendario académico	-A determinar en función del calendario académico
LUGAR	Aula Universidad	Aula Universidad	Aula Universidad
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> -Folios/bolígrafos -Proyector, pantalla y ordenador -Actividades 	<ul style="list-style-type: none"> -Proyector, pantalla y ordenador 	<ul style="list-style-type: none"> -Folios/bolígrafos -Proyector, pantalla y ordenador -Actividades

Sesión 1:

El objetivo principal de esta sesión es ofrecer información clara y veraz sobre la estigmatización hacia la persona con EM, así como romper con los mitos preestablecidos con la intención de sensibilizarles y aumentar el conocimiento.

La sesión comenzará con una breve **presentación**, en la que se describirán los objetivos buscados, así como las expectativas deseadas. También se dedicará un tiempo menor a exponer de donde nace esta propuesta.

Seguidamente lo que se propone es la realización de un **pre-test**, destinado a medir en condiciones basales el nivel de estigmatización que presentan, con la intención de poder evaluar al termino del taller si este, a disminuido. Se propone para esta evaluación el Cuestionario de Atribución AQ-27, elaborado por Corrigan et al en Estados Unidos, con la finalidad de medir la actitud estigmatizante y creencias hacia las personas con enfermedad mental.

A continuación, tendrá lugar una **lluvia de ideas** en la que los participantes deberán decir palabras que, para ellos, guardan relación con la Salud Mental. Se trata de evocar un primer pensamiento sin parar mucho tiempo a pensarlo, deben expresar lo primero que se les pase por la cabeza. De manera simultánea se irán anotando en la pizarra estas ideas, agrupándolas según su significado. Seguidamente se hará lo mismo, pero con las palabras Enfermedad Mental. El resultado que se espera de esta actividad es que las palabras sobre la SM sean coincidentes con las de la EM. Con esto quedara en evidencia que la estigmatización también esta presente en el grupo.

Tras esto, las enfermeras responsables del taller harán una breve **exposición teórica** sobre que es la SM, que es la EM, cuales son sus mitos y cuales sus realidades. En especial se centrarán en transmitir que se espera de ellos/as como futuros enfermeros/as en las unidades de SM, así como de la responsabilidad que tienen en la lucha contra el estigma en SM. Durante esta explicación se da por entendido que los/as participantes habrán tomado conciencia de que también son portadores de prejuicios y de actitudes negativas.

Siguiendo con lo anterior, se les ofrecerá la emisión de un **video debate** cuya finalidad es que tomen conciencia de la importancia que tienen los medios de comunicación en la proyección del estigma. https://www.youtube.com/watch?v=xWR3_2WukO4

Posteriormente se llevará a cabo la **actividad** “construyendo el árbol”. Para esto se les pedirá que formen grupos de 5 personas. La actividad consiste en que los estudiantes sean capaces de problematizar el estigma en SM, así como de la discriminación presente, ramificando las causas, actitudes y consecuencias. Se pedirá a cada grupo que nos presente su árbol.

Finalmente, el taller se cerrará con un pequeño **debate** y se permitirá a los participantes la expresión de sus **reflexiones**. Sería conveniente cerrar la sesión resaltando que en la mayoría de ocasiones el estigma y la discriminación son el resultado del desconocimiento. Se permitirá un tiempo de **ruegos y preguntas**.

Sesión 2:

El objetivo de esta segunda sesión es que el alumnado, establezca contacto con las personas con EM. Lo que se pretende es alejarles de la imagen preconcebida del paciente agudo, agresivo, impredecible, irresponsable...Se espera que los/as participantes aprendan de sus experiencias de vida y se den cuenta de las consecuencias del peso del estigma en su calidad de vida.

Esta sesión se divide en dos partes, en la primera parte se llevarán a cabo las ponencias de las personas invitadas, las cuales contarán en primera persona como es vivir con una EM y cuales son los sentimientos que les genera el estigma de la sociedad. En especial se les pedirá que se centren en como perciben el trato de los profesionales sanitarios. Se comenzará con la proyección de un **video** sobre una mujer con una EM grave en el que explica su sufrimiento durante la fase aguda. https://www.ted.com/talks/elyn_saks_seeing_mental_illness#t-137445.

Seguidamente se dará comienzo a las **ponencias** de cada uno de los invitados.

En la segunda parte de la sesión se propone establecer un **debate**, en el que los alumnos/as interactúen con los ponentes. alguna de las preguntas que se les lanzarán serán: ¿cómo os habéis sentido escuchando estos relatos? ¿qué habéis pensado

cuando contaban el trato que recibían por los profesionales sanitarios? ¿qué creéis que podéis hacer para mejorar esta situación?

La sesión finalizará recogiendo los sentimientos y emociones presentados en la exposición grupal, destacando aquellos que las personas con EM experimentan con mayor frecuencia. Se permitirá un tiempo de **ruegos y preguntas**.

Sesión 3:

El objetivo de esta sesión es conseguir que el alumnado, reduzca su nivel de angustia e inquietud debido al comienzo de su rotación de las unidades de SM. Para ello durante esta sesión se van a suceder una serie de actividades encaminadas a tal fin, entre las que se destacan las relacionadas con el manejo del paciente agudo. El nombre de esta sesión “Kit de primeros Auxilios” hace alusión a este objetivo. Se pretende, ofrecer herramientas básicas y necesarias para una atención adecuada en el momento difícil del paciente, basándose para este fin en la importancia de la contención verbal.

La sesión comenzará con una breve **explicación teórica** sobre la atención prestada mediante el Modelo de Recuperación. Además, se establecerán las diferencias entre el manejo adecuado y el inadecuado y de cómo este condiciona la relación terapéutica.

Seguidamente se dará comienzo a la emisión de un **video** grabado en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en el que se refleja cómo es su funcionamiento y cuál es el trabajo de enfermería. <https://www.youtube.com/watch?v=2MyC7QJ3wRc>

Tras esto dará comienzo la **actividad** “estudio de casos”. Esta actividad es un recordatorio de la primera sesión del taller y tiene la finalidad de poner en práctica los conocimientos aprendidos. El objetivo es explorar la cara del estigma desde los profesionales sanitarios. Para esto se harán grupos de 5 personas y se les entregará un caso que deberán resolver.

Deberán identificar el tema principal del estigma y el tipo de discriminación existente en el caso, así como proponer una intervención tipo para el mismo. Tras esto se hará una puesta en común.

A continuación, tendrá lugar la actividad de carácter práctico de **rol-playing**. Esta se establece con el fin de que los/as participantes aprendan nociones básicas del manejo a través de la escenificación de situaciones cotidianas que se presentan durante la

atención del paciente agudo. Para ello permanecerán en grupos de 5 personas, dos de ellos se quedarán dentro del aula y adoptarán el rol de paciente y enfermero/a mientras que el resto saldrá fuera. Se les entregará una situación y deberán escenificarla. Los otros tres deberán observar y extraer conclusiones sobre lo adecuado e inadecuado de la intervención.

Después se procederá a la creación de un espacio de **debate y reflexión** sobre las actividades realizadas, concretamente deberán hacer alusión, a las emociones que han sentido durante su desarrollo. Además, se establecerá una ronda rápida en la que cada participante podrá expresar que es lo que le ha aportado el taller y si le ha parecido útil.

Para el cierre se permitirá un tiempo de **ruegos y preguntas** y se procederá a la realización de la fase **post-test**, en la que volverán a contestar al cuestionario AQ-27 así como a otros que permitan la evaluación global del taller.

¿A QUIÉN?

Como ya se ha mencionado la presente propuesta está dirigida a los/as estudiantes de 3º de grado de enfermería. La elección de este curso obedece a motivos puramente académicos, en concreto a su Plan de Estudios. Tercero de Grado, es el año en el que a los/as estudiantes se les imparte la asignatura de Enfermería de la Salud Mental y en el que comienzan las rotaciones por el área de SM. Además, no se pierde de vista para el logro de los objetivos, la importancia de combinar las clases teórico- prácticas y el contacto directo como el binomio clave en la reducción del estigma, ya que como muestra la literatura actúan potenciando sus efectos.

Con respecto a la organización de los grupos de trabajo, se tendrá en cuenta el desdoble de los grupos ya elaborado por la propia Facultad, no obstante, se permitirán cambios entre el alumnado si con ello se garantiza un mayor acceso al taller.

Dado que el taller no se contempla dentro del calendario académico, no cabe plantear su obligatoriedad, no obstante, se expondrá al alumnado, la importancia y la conveniencia de asistencia al mismo para el buen hacer de su profesión.

Para que acuda el mayor número de alumnos/as posible será necesario plantear esta propuesta en un horario que les resulte cómodo y lo más lejano posible de los exámenes, teniendo en cuenta que no interfiera en el desarrollo de otras asignaturas.

¿QUIÉN?

Para conseguir los objetivos propuestos se creará un grupo de trabajo constituido por 2 enfermeras, una de ellas especialista en SM, así como con la colaboración de la responsable de la asignatura. Además, para llevar a cabo una de las sesiones, se solicitará la ayuda de la Asociación Navarra para la Salud Mental (ANASAPS). Estos profesionales serán en todo caso, capaces de promover la participación y encaminar las sesiones hacia la consecución de los objetivos, así como de combinar el dialogo y el pensamiento crítico.

¿CUÁNDO?

Las sesiones darán comienzo junto con el inicio de la asignatura de Enfermería de la Salud Mental. Se plantea 1 sesión semanal durante un periodo ininterrumpido de tres semanas. Se proponen para los dos últimos miércoles de septiembre y el primero de octubre del quinto semestre del curso académico 2018-19.

- Inicio: 19 de septiembre
- Fin: 3 de octubre
- Horario: Grupo a: 9-11. Grupo b de 11:30-13:30. Grupo c de 15-17.
- Duración 120 minutos

¿DÓNDE?

Se prevé que este taller, se lleve a cabo en una de las aulas cedida por la Facultad de Ciencias de la Salud. Con esto se pretende poner las actividades lo más cerca posible del alumnado de tal forma que el acceso a ella sea cómodo y la participación esté garantizada.



Imagen 1: Facultad de Ciencias de la Salud

10. EVALUACIÓN:

Para medir el impacto que ha tenido el taller en los participantes, así como si se han conseguido con éxito los objetivos anteriormente expuestos se han elaborado varios cuestionarios que permiten la evaluar la estructura del programa, el desarrollo del proceso y los resultados obtenidos. También se pretende medir el grado de satisfacción de cada participante, con el fin además de poder introducir futuras modificaciones en los sucesivos talleres que se vayan a poner en marcha.

Evaluando la estructura se pretende comprobar cómo se han adecuado los recursos que hemos utilizado a la ejecución de las actividades y ver en qué medida las han facilitado o por el contrario dificultado.

Con la evaluación del proceso se registrará la asistencia a los 3 días de taller, el grado de consecución de las actividades previstas y la adecuación al grupo de los objetivos y contenidos. Se pretende medir el cumplimiento de las actividades realizadas por parte del equipo de salud, así como la capacidad de comunicación, interacción con el grupo diana, adecuación de la metodología y grado de satisfacción.

Finalmente, con la evaluación de los resultados, se quiere medir en qué grado se han alcanzado los objetivos propuestos, así como comprobar la evolución de los participantes en aras de la modificación de las actitudes negativas hacia la EM.

11. CONCLUSIONES:

Tras la revisión de las fuentes bibliográficas consultadas y el desarrollo de la presente propuesta de intervención, se ha puesto de manifiesto la importancia de establecer programas antiestigma en el Grado de Enfermería como una herramienta útil que incité a los alumnos/as hacia el cambio de actitudes en aras, de la prestación de unos cuidados enfermos de calidad hacia la persona con EM. Todo esto se conseguirá mediante:

1. La Educación Sanitaria, ofreciendo información veraz acerca del estigma en SM, profundizando en el impacto de este durante el ejercicio enfermero.
2. Atendiendo a las preocupaciones de los alumnos/as con el fin de mermar la inquietud percibida por el inicio de sus prácticas asistenciales en las Unidades de Salud Mental.
3. Haciendo mas fácil el desarrollo de sus prácticas mediante la adquisición de herramientas útiles necesarias para el manejo del paciente.

12. AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, quiero dar las gracias a mi directora de TFG, Uxua Lazkanotegui, por la ayuda prestada durante su elaboración. Gracias por ofrecerme tu conocimiento y servirme de guía.

Y, en segundo lugar, a mi familia, en especial a mi marido e hijos, por su apoyo moral e incondicional, por sus muestras de cariño y paciencia durante estos duros años de estudio que, sin duda, aunque sacrificados, han merecido la pena. Hoy comienza un futuro mejor.

“Trata a las personas como si ellas fueran lo que deberían ser y les ayudaras a convertirse en lo que son capaces de ser”

Von Goethe

13. BIBLIOGRAFÍA:

1. Urkia I. Estigma y prejuicio de la Salud Mental en estudiantes de enfermería. [tesis]. Sant Cugat del Vallés: Escuela Universitaria Gimbernat; 2016.
2. Díaz López, M.A; Vilijanen, Kristiina E. Explorando el Impacto del Trastorno Mental grave en el personal diplomado y/o grado de enfermería. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(3). <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0783.pdf>
3. Rodríguez P.M. Análisis sobre la percepción social de profesionales sanitarios y de la comunidad sobre la enfermedad mental. [tesis]. Jaén: Universidad de Jaén, Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
4. Arnaiz A, Uriarte J.J. Estigma y enfermedad mental. Norte de salud mental [Revista en línea]. 2006 [consultado en noviembre 2017]; 26: [29-59]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/23327809/Estigma-y-enfermedad-mental>
5. I Congreso Nacional de Sensibilización al Estigma Social en Salud Mental. Almería; 2012. 22-24 de noviembre 2012. Granada: Alborán editores. P. 1-123
6. Murias Quintana, A; Serrano García, A. Estigma en salud mental en enfermería. ¿Qué pesa más: la experiencia o la formación? Rev. Presencia 2017; v13. Disponible en: <http://0-www.index-f.com.llull.uib.es/p2e/v13/e11263.php>.
7. Sampietro Hernán María, Gobierno de España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Proyecto Buenas Prácticas de Enfermería y Salud Mental, Erradicación del Estigma. 2014. Disponible en: <http://www.academia.cat/files/425-8231-DOCUMENT/buenaspracticas.pdf>
8. XXVI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Estudio del Estigma de la Esquizofrenia en los Estudiantes de Enfermería.
9. Caballero Guerrero M.J, López Sánchez O, Luque-Romero Sánchez M. El modelo de recuperación en contra del estigma de la salud mental. [Revista en línea] 2014 [consultado en noviembre de 2017]; 86: [8-14]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5006072>
10. Estévez Domínguez, M.A; Vallejo Curto, M.C. Opinión de los estudiantes de enfermería ante la enfermedad mental: cambios favorables tras la realización de prácticas en servicios de psiquiatría. Rev. Presencia 2016 ene-jun, 12(23). Disponible en: <http://0-www.index-f.com.llull.uib.es/p2e/n23/p10415.php>

11. Comunidad de Madrid, Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. 2009. Madrid.
12. Aguilar Palacios. A. Conceptualización y sensibilización sobre las personas con enfermedad mental. TOG (A Coruña) [revistas online]. 2014 [consultado en Noviembre de 2018]; 11(20): Disponible en: <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/original1.pdf>
13. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría [Revista en línea]. 2008 [Consultado en noviembre de 2017]; 28(101). P. 43-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004
14. Sánchez M.P. Estigma en los profesionales de salud mental. [tesis]. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I; 2016.
15. Confederación salud mental en España. Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. Madrid. 2015. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
16. Pons J, Galbany P. Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental y su relación frente al estigma. Revista Española de Enfermería de Salud Mental. [revista en línea]. 2017 [consultado en noviembre de 2017]; 1. P 28-34. Disponible en: <http://www3.uah.es/revenfermeriasaludmental/index.php/REESMAEESME/article/view/2/11>
17. Vílchez Estévez M. C; Gil Guiñón F; Raposo Fera I; Vílchez Estévez E.M. El rostro de la locura: Actitud de los alumnos de enfermería hacia el trastorno mental. Rev. Ágora de enfermería [revista en línea]. 2017. [consultado en noviembre de 2017]; 21(2). P 61-65. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=7533>
18. Mascaya Tapia F, Walter Lips C, Mena Poblete C, Manchego Soza C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. Rev. Salud mental [Revista en línea]. 2014 [consultado en noviembre de 2017]; 38(1): p53-57. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n1/v38n1a8.pdf>
19. Vallejo Rubiola J, Bulbena Vilarresa A, Menchón Magriña J.M. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 7ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2011.

20. ARFES, PRO-SALUD MENTAL. [Página principal en internet]. Logroño <http://www.arfes.org/>
21. Adell Argentó, B; Ferré Grau, C. Actitudes hacia la enfermedad mental en el ámbito sanitario. Rev. Presencia 2013 ene-dic, 9(17-18). Disponible en <http://0-www.index-f.com.llull.uib.es/presencia/n17-18/p0181.php>
22. Esteve Ávila M; Caballero Fernández M; Mateo Cienfuegos. [Página principal en internet]. Burgos: CODEM; 2015 <http://www.codem.es/ponencias/proyecto-estigma-salud-mental-y-jovenes-enfermeria-ante-nuevas-demandas>
23. Centro de Investigación Biomédica en red de Salud Mental (CIBERSAM). Plan Estratégico 2014-2016. Gobierno de España.
24. Hiurma Gil S, Winter Navarro M, León Pérez P, Navarrete Betancort E. El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. Rev. Norte de Salud Mental. [Revista en línea]. 2016. [consultado en Noviembre de 2017]; XIV(55). P103-111. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5836868>
25. XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. “Las Enfermeras de Salud Mental y la Exclusión Social: hablando claro”. Madrid; 2015. Ed: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental. p1-2694.
26. Aguilera Serrano, C; Heredia Pareja, C. Enfermeros/as de salud mental. Trabajando por y para la garantía de los derechos de nuestros usuarios. Biblioteca Lascasas, 2013; 9(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0726.php>

14. ANEXOS:

ANEXO 1: Cuestionario de evaluación para los participantes.

A continuación, se presenta una serie de ítems en una escala Likert, por favor marque con una X, la casilla que considere sabiendo que 1 es la puntuación más baja y 5 la puntuación más alta.

	1	2	3	4	5
La ubicación del local facilita su acceso al taller					
La dimensión del local ha permitido que se realicen todas las actividades sin problemas ni interrupciones.					
El tiempo destinado a cada actividad permite su realización de manera pausada.					
Las sesiones se hacen amenas y entretenidas					
El tiempo es adecuado y permite integrar los conocimientos impartidos					
El horario del taller no interfiere con las actividades académicas de los participantes					
Las presentaciones Power Point son claras y comprensibles					
Los folletos son claros y comprensibles					
Los recursos didácticos utilizados permiten el aprendizaje y la aclaración de dudas					
La formación del equipo de salud es la adecuada para la impartición del taller					
La capacidad de comunicación y de escucha por parte del equipo de salud es la adecuada					
Se ha empleado un lenguaje fácil y comprensible					
Las técnicas utilizadas han sido útiles y adecuadas para el grupo					
Los contenidos se ajustan a los objetivos del taller					
El taller me ha permitido adquirir habilidades para el manejo del paciente agudo.					

ANEXO 2: Cuestionario de satisfacción

Queremos conocer cuál es tu opinión sobre la realización de este taller. Creemos que es importante que nos trasmitas como ha sido tu experiencia como participante. Por favor, responda a las siguientes cuestiones.

1. En general el taller me ha parecido:

Nada interesante	Poco interesante	Indiferente	Interesante	Muy interesante
------------------	------------------	-------------	-------------	-----------------

2. Marque con una X la opción que más refleje su opinión:

	1	2	3	4	5
El taller me ha parecido útil para mi ejercicio asistencial en las Unidades de Salud Mental					
El taller ha cambiado mi visión sobre la persona con EM					
Considero importante que este taller se imparta todos los años					
He aprendido técnicas y herramientas que me permiten establecer una relación terapéutica adecuada					
El taller consigue disminuir mi inquietud por tener que rotar por las Unidades de SM					
Ha cambiado su visión sobre el rol de la enfermera en SM.					

3. ¿Qué aspecto del taller te ha parecido más útil?

4. ¿Hay algún aspecto del taller que no te ha parecido útil?

5. ¿Hay alguna recomendación o sugerencia que crees que podría servir para mejorar el taller?

ANEXO 3: Cuestionario de atribución AQ-27

POR FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES FRASES ACERCA DE JOSÉ:

José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Vive solo en un apartamento y trabaja con empleado en una gran firma de abogados. Ha sido hospitalizado seis veces a causa de su enfermedad.

AHORA CONTESTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE JOSÉ. RODEE CON UN CIRCULO EL NUMERO DE LA MEJOR RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA.

1. Me sentiría violentado a causa José.
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) En absoluto, (9) Muchísimo
2. Me sentiría inseguro cerca de José.
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) No, en absoluto, (9) Sí, muchísimo
3. José me aterraría.
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) En absoluto, (9) Muchísimo
4. ¿En qué medida se sentiría enfadado con José?
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) En absoluto, (9) Muchísimo
5. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su medicación.
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) En absoluto, (9) Muchísimo
6. Creo que José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza.
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) No, en absoluto, (9) Sí, muchísimo
7. Si fuera un empresario, entrevistaría a José para un trabajo
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) No es probable, (9) Muy probablemente
8. Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema.
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) En absoluto, (9) Muchísimo
9. Sentiría pena por José.
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) Ninguna en absoluto, (9) Muchísima
10. Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual.
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) No, en absoluto, (9) Sí, totalmente
11. ¿Hasta qué punto crees que es controlable la causa de la situación actual de José?
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) No hay ningún control personal, (9) Completamente bajo control personal
12. ¿En qué medida se sentiría irritado por José?
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) En absoluto, (9) Muchísimo
13. En tu opinión, ¿hasta qué punto es José peligroso?
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) En absoluto, (9) Muchísimo

14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) En absoluto, (9) Muchísimo
15. sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico.
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) En absoluto, (9) Muchísimo
16. Compartiría el coche para ir al trabajo con José cada día.
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) No es probable, (9) Muy probablemente
17. ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José pudiera mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él?
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) En absoluto, (9) Muchísimo
18. Me sentiría amenazado por José.
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) No, en absoluto, (9) Sí, muchísimo
19. ¿Hasta qué punto José le asustaría?
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) En absoluto, (9) Muchísimo
20. ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José?
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) Definitivamente no ayudaría, (9) Definitivamente ayudaría
21. ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José?
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) Ninguna certeza, (9) Absoluta certeza
22. ¿Hasta qué punto comprende a José?
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) En absoluto, (9) Muchísimo
23. En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) No es responsable en absoluto, (9) Muy responsable
24. ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) En absoluto, (9) Muchísimo
25. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso
a. supervisado.
b. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) En absoluto, (9) Muchísimo
26. Si fuera un propietario, probablemente alquilaría un apartamento a José.
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) No es probable, (9) Muy probablemente
27. ¿Cuánta preocupación sentiría por José?
a. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (1) Ninguno, en absoluto, (9) Muchísimo

ESCENARIOS ALTERNATIVOS AQ-27

Condición #1 – sin peligro. José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. Aunque a veces oye voces y se altera, José nunca ha sido violento. Como la mayoría de gente con esquizofrenia, José no es más peligroso que la media de las personas. Vive en un apartamento y trabaja como empleado en una gran firma de abogados. Sus síntomas están habitualmente bajo control con la medicación apropiada.

Condición #2 – peligro. José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. La última vez que sus síntomas empeoraron, oyó voces y creyó que sus vecinos estaban planeando herirle. Atacó a su arrendadora creyendo que ella formaba parte del complot. Cuando la policía le llevaba al hospital, trato de hacerse con el revólver del oficial. Atacó a un anciano en la sala de emergencias y tuvo que ser reducido por la fuerza. Sólo se tranquilizó cuando le dieron grandes dosis de medicación.

Condición #3 –peligro sin control de la causa. José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. La última vez que sus síntomas empeoraron, oyó voces y creyó que sus vecinos estaban planeando herirle. Atacó a su arrendadora creyendo que ella formaba parte del complot. Cuando la policía le llevaba al hospital, trato de hacerse con el revólver del oficial. Atacó a un anciano en la sala de emergencias y tuvo que ser reducido por la fuerza. La enfermedad mental de José fue causada originalmente por una grave herida que sufrió en la cabeza en un accidente de coche cuando tenía 22. La enfermedad mental lleva a la violencia siempre que sufre las migrañas que también le causó el accidente.

Condición #4 –peligro con control de la causa. José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. La última vez que sus síntomas empeoraron, oyó voces y creyó que sus vecinos estaban planeando herirle. Atacó a su arrendadora creyendo que ella formaba parte del complot. Cuando la policía le llevaba al hospital, trato de hacerse con el revólver del oficial. Atacó a un anciano en la sala de emergencias y tuvo que ser reducido por la fuerza. La enfermedad mental de José fue causada originalmente por ocho años de abuso de drogas ilegales. La enfermedad mental lleva a la violencia siempre que esnifa cocaína.

Pauta de corrección AG-27

El AQ consta de 9 factores, que se puntúan sumando los tres ítems correspondientes de cada uno, de acuerdo con el siguiente criterio:

Responsabilidad = AQ10+AQ11+AQ23

Piedad = AQ 9+AQ22+AQ27

Ira = AQ1+AQ4+AQ12

Peligrosidad = AQ2+AQ13+AQ18

Miedo = AQ3+AQ19+AQ24

Ayuda = AQ8+AQ20+AQ21

Coacción = AQ5+AQ14+AQ25

Segregación= AQ6+AQ15+AQ17

Evitación=AQ7+AQ16+AQ26

Los ítems señalados (AQ7, AQ16 y AQ26) deben invertirse. A mayor puntuación, mayor valor de ese factor para la persona.

ANEXO 4

Misión

Este taller pretende promover la introspección de la calidad asistencial otorgada por cada alumno.

Cuando se trabaja desde el “ellos” y “nosotros”, cuando por miedo establecemos “la distancia social”, cuando por la inseguridad nos perdemos oportunidades de crecer humana y profesionalmente y en definitiva cuando caemos en el absurdo del estigma es entonces que nos alejamos de los valores del modelo de recuperación y violamos los principios de la bioética, lo cual supone un equívoco del valor fundamental de la enfermería: el cuidado.

SITÚE
EL SELLO
AQUÍ

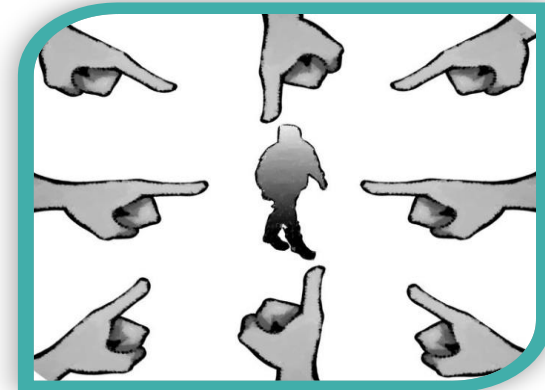
Taller para reducir el Estigma
en Salud Mental.

Realizado por: Verónica Pérez, en
colaboración con Uxua
Lazkanotegui

Dirigido a: Estudiantes del Grado de
Enfermería

Abriendo mentes, cerrando estigmas

Lema Día Mundial de la Salud Mental





El estigma en Salud Mental

El estigma en SM, es un constructo social que tiene arraigadas sus raíces desde el inicio de la civilización y se ha constituido como la principal causa de discriminación hacia este colectivo.

La sociedad les sitúa en un proceso complejo de continua victimización, haciéndoles vulnerables y fácilmente cuestionables. En este sentido cabe destacar que el padecimiento es doble: por un lado, sufren los síntomas de su enfermedad y por otro tienen que soportar el peso del estigma.

Pero las concepciones obsoletas del mal llamado "enfermo mental", también están presentes en los/as profesionales sanitarios y las actitudes negativas que se generan van a influir directamente en su práctica asistencial, viéndose mermada la calidad de los cuidados prestados.

Este hecho adquiere especial relevancia cuando las actitudes estigmatizantes proceden de los/as estudiantes de enfermería puesto que en un futuro próximo serán aquellos que tengan en sus manos la atención de estas personas y no llevándose de manera adecuada si esta, está a merced de la estigmatización.

"Trata a las personas como si ellas fueran lo que deberían ser y les ayudarás a convertirse en lo que son capaces de ser"

- VON GOETHE

MITO	REALIDAD
Violentos e impredecibles	Mas Violencia autodirigida Solo el 5%
La EM, aparece por una debilidad del carácter	Factores biológicos, psicológicos y sociales
La EM, no puede afectarme	La EM, no discrimina, afecta a cualquiera
Son incurables	Mejoran y muchos se recuperan al completo. La recuperación se refiere al proceso por el cual las personas pueden vivir, trabajar, aprender y participar por completo en sus comunidades.
Son enfermedades raras	No, afecta a 1 de cada 4
Son inútiles e improductivas	Son igual de productivos, además esto les ayuda en su salud mental

Tu formación y conocimiento es importante , porque:

1. Conseguirás herramientas que te hagan más fácil prestar el cuidado al paciente con EM.
2. Reducirás tus actitudes negativas y esto redundara en beneficio del paciente.
3. Tendrás una actitud de apertura y conseguirás disfrutar de tus prácticas en SM.

Según estudios enfermería muestra que:

1. El 60% cree que existe prejuicios en el ámbito sanitario
2. El 50% afirma que no trabajaría igual con un paciente diagnosticado con EM
3. El 36% cree que las personas con EM son irrecuperables

"Tú, estudiante de hoy serás el docente del mañana y por tanto la base de tú aprendizaje será el pilar para la trasmisión del conocimiento".